الوسواس القهري

التشخيص والعلاج

د. أحمد محمد عبد الخالق

أستاذ بقسم علم النفس

كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الكويت

٢٠٠٢

مجلس النشر العلمي

جامعة الكويت

تأسس سنة ١٩٨٦

مجلة كلية الآداب والتربية (١٩٧٩-١٩٧٩)، مجلة العلوم الاجتماعية ١٩٧٣، مجلة الكويت للعلوم والهندسة ١٩٧٤، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية ١٩٧٥، لجنة التأليف والتعريب والنشر ١٩٧٦، مجلة الحقوق ١٩٧٧، حوليات كلية الآداب ١٩٨٠، المجلة العربية للعلوم الإنسانية ١٩٨١، مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية ١٩٨٣، المجلة التربوية ١٩٨٣، مجلة الأسس والتطبيقات الطبية ١٩٨٨، المجلة العربية للعلوم الإدارية ١٩٩١

إهــــــداء٢٠٠٦
جامعة الكويت ــ مركز النشر العلمي
دولة الكويت

الوسواس القهري

التشخيص والعلاج

د. أحمد محمد عبدالخالق

استاذ بقسم علم النفس

كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الكويت

٢٠٠٢

مجلس النشر العلمي

لجنة التأليف والتعريب والنشر

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية

الوسواس القهري : التشخيص والعلاج

أحمد محمد عبدالخالق

الطبعة الأولى - ٢٠٠٢

ص ٣٧٤ ؛ ٢٤ × ١٧ سم

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ (١) مَلِكِ النَّاسِ (٢) إِلَهِ النَّاسِ (٣) مِن شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ (٤) الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ (٥) مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ (٦) ﴾.

صدق الله العظيم

(سورة الناس)

الفهـــرس

الجداول

الأشكال

مقدمة

يحدث لدى كثير من الناس أن تلح على خاطرهم فكرة معينة ، أو يشغلهم موضوع أو أمر محدد زمناً ليس بالقصير ، كاسم شخص معين ، أو أحد تصرفات زميل ، أو «أنني لم أغلق الباب جيداً» أو «أنني لابد أن أغسل يديّ لأنهما ملوثتان» ، أو لحن موسيقي خاص ، أو مقطع في أغنية ، أو بيت من الشعر ، أو اسم دواء معين ، أو حادث تم يوم أمس ، أو خبر في الصحيفة اليومية . . . ، وغير ذلك كثير . وتلح هذه الفكرة أو الموضوع علينا إلحاحاً شديداً ، فنكررها ، ولا نستطيع منها فكاكاً ، ولا نجد منها مخرجاً أو محيصاً .

وتتصف هذه الأفكار الضاغطة علينا أو المقتحمة لعقولنا بصفات شتى ، فقد تكون حبيبة أو كريهة ، جميلة أو قبيحة ، خيرة أو شريرة ، رهيبة أو عجيبة أو شاذة ، على قدر من الأهمية أو ساذجة تافهة غير ذات معنى . . . ، وقد يستمر هذا الإلحاح واقتحام العقل والتكرار فترة ما ، وغالباً ما يختفي بعد ذلك ، ويكون ذلك إلى غير رجعة في كثير من الأحيان ، ولكن لتبدأ أفكار أخرى غالباً في مناسبة تالية ، إلا أن الأكثرية العظمى من الناس يدَعون هذه الأفكار تدخل من أذن وتخرج من الأخرى .

كما ظهر أن كثيراً ممن يعملون أعمالاً عقلية تمر بهم ليال يجدون فيها صعوبة في الاستغراق في النوم نتيجة لموضوعات ذات طبيعة قهرية ، تدور في عقولهم ، ويفكرون فيها ـ كذكريات اليوم الماضي ، أو خطط الغد ، أو أي حادث غير عادى تتركز حوله الأفكار .

ونسارع إلى القول بأن بعض هذه الأعراض أو نظائرها قد توجد لدى أي فرد منا دون أن تعوق عمله أو حياته الشخصية أو علاقاته الاجتماعية ، ودون أن تتدخل – في معظم الأحيان– في حسن قيام الفرد بوظائفه المتعددة ومهامه المتنوعة المنوطة به في شتى المجالات .

وتميل هذه الأفكار التي تقتحم عقولنا إلى الحدوث بتكرار أكثر في أثناء الخبرات

الانفعالية العميقة كالقلق ، ومواجهة موقف عصيب أو حادث ضاغط ، وفي مواقف تجريبية محددة كما يحدث بعد مشاهدة فيلم ضاغط ومزعج أو مثير للشهوة الجنسية ، كما تتزايد هذه الأفكار في حالات التعب أو التوتر ، وتتناقص في حالات الاسترخاء .

ومن ناحية أخرى فقد يكون من خصالنا أن نراجع غلق الأبواب أو الأنوار أو النوافذ مراراً وتكراراً للتأكد من غلقها ، وقد نعرف أشخاصاً «مرضى بمرض النظافة» - إن جاز التعبير - يغسلون أيديهم عدداً كبيراً وغير مألوف من المرات ، أو يغسلونها عدداً محدداً من المرات لا ينقصونه ولا يزيدون ، وإذا اضطربت «عملية العَدّ» هذه أو زادت أو نقصت بدأوا «العملية» من جديد . ولعل بعضنا قد سمع عن أشخاص يطهرون الصابون بالصابون ، أو عن المطرب الشهير الذي يغسل الخضراوات بالكحول ، أو عن السياسي الأشهر الذي كان يجلس إلى جواره مساعد يطهر له يده اليمنى «بالكلونيا» بعد أن يسلم على كل ناخب من مؤيديه !

على أن أطرف ما سمعته من زميل ذلك الرجل الذي كان يغسل الصحيفة اليومية ثم يتركها تجف قبل أن يقرأها ، وذلك تجنباً للتلوث . والرجل الآخر الذي كان يقطع «الحروف» الخارجية للصحيفة لاعتقاده بأن ذلك يحل مشكلة تلوثها ! وربما نكون قد سمعنا عن المليونير «هيوارد هيوز» الذي استحوذت عليه أفكار القذارة والجراثيم والتلوث ؛ حيث اتخذ تدابير وقائية شديدة الدقة والتنوع ، إلى الدرجة التي استغرقت فيها معظم وقته ، حتى عجز عن الوفاء بمتطلباتها القاسية ، فتوقف عن القيام بطقوسه في أواخر عمره ، وماذلك إلا طرف من اضطراب الوسواس القهري* .

* هذه ترجمة : Obsessive Compulsive Disorder ، والأصوب أن تترجم «الاضطراب الوسواسي القهري» ، حيث إن كلاً من الوسواس والقهر - بالدرجة ذاتها - وصفان للاضطراب ، وأما الترجمة المستخدمة ففيها «القهري» تصف «الوسواس» ، وهذا غير صحيح . ولكن الترجمة المستخدمة في ثنايا هذا الكتاب قد استقرت سنين طويلة في العربية ، ويبدو أن قوة الشيوع وذيوع الاستخدام قد أشاعا القول المأثور : «خطأ مشهور خير من صواب مهجور» .

وتتصل كل هذه الأنواع من السلوك بما يسميه المختصون في علم النفس المرضى والطب النفسي باضطراب الوسواس القهري . والوساوس أفكار عنيدة ، وتفكير يتخذ طابع الإصرار والاستمرار ، ودفعات لفعل أمور معينة ، أو صور عقلية وتصورات يجربها الفرد ويمر بها ، ويرى أنها تقتحم فكره وتتدخل فيه ، وأنها غير ملائمة ولا مناسبة ، وتسبب ألماً ملحوظاً وضيقاً شديداً (APA,1994,p.418) .

وأما القهر فهو «سلوك متكرر (كغسل اليدين ، وترتيب الأشياء ، والمراجعة) ، وهو كذلك أفعال عقلية كالعد ، وتكرار الكلمات بطريقة صامتة . ويهدف القهر إلى أن يمنع القلق أو يخفض من الضيق والألم ، ولا يهدف إلى أن يجلب للفرد السرور ولا أن يحقق له الإشباع» (APA,1994,p.418) . ويشعر الفرد أنه مغلوب على أمره مضطر ومجبر ومقهور على القيام بالفعل ، ومن هنا سمي «القهري» .

انظر إلى هذه الحالة المرضية :

حالة الرجل الذي يخاف الذرات الدقيقة :

«فريد» رجل متقاعد في الخامسة والستين من عمره ، يصف مخاوف لها تاريخ يمتد إلى عام واحد ، وتتلخص في الخوف من أن جسيمات أو ذرات دقيقة يمكن أن تدخل في جسمه ، وتسبب له المرض . ولم يكن لديه وساوس من الميكروبات أو العدوى ، ولكن بالأحرى كانت لديه فكرة مسيطرة من أنه يمكن أن يستنشق أو يبتلع مادة معينة نتجت عن مصادر متعددة ، أو أن هذه الجسيمات يمكن أن تنغرز في حنجرته أو تلتصق بعينه .

وقد استشار أطباءً كثيرين ، وشكا من إحساس بوجود جسم غريب في حنجرته أو في عينيه ، أو في مكان آخر من جسمه . وعلى الرغم من خضوعه لفحوص طبية عديدة فقد أخفق «فريد» في أن يستجيب للطمأنة التي صدرت من مصادر طبية كثيرة بأنه طبيعي وسوي .

وكان صوت الصلصلة الناتج عن اصطدام زجاجتين يعد علامة خطر بالنسبة

إلى «فريد» ، لأن هناك – عندئذ – إمكانيةً لأن يتناثر جسيم دقيق من الزجاج ويقفز إليه ، ويتخذه هدفاً له ، كما كان المرور عبر مدخل ما يعد مخاطرة عادة ؛ لأن الجسيمات أو الذرات الدقيقة يمكن أن تخرج من إطار الباب نتيجة لاحتكاك جسمه به ، وتلوثه .

لقد ترك «فريد» المطعم ذات مرة قبل أن يكمل تناول طعامه عندما رأى عاملا يغير مصباح الإضاءة (اللمبة) ، فذلك دليل مؤكد على أن جسيمات المصباح يمكن أن تسقط في طعامه . وكان يحاول دوما أن يتجنب هذه الذرات الدقيقة أو الجسيمات بطرق عدة ، منها تنشيف الأواني والأدوات الفضية للمائدة ، ويفحص بدقة – قبل تناول طعامه – كل الأسطح الخاصة بأدوات المائدة التي سيستخدمها .

وعندما كان «فريد» يجلس في عيادة المعالج انتقل فجأة إلى مقعد آخر ، عندما عرف أن المقعد الذي كان يجلس عليه يقع مباشرة تحت فتحة التهوية الموجودة في سقف الغرفة ، وهو مصدر آخر للجسيمات الدقيقة التي يخافها ، وكان عندما يوجد مع عدد كبير من الناس يحتفظ بفمه مغلقاً بقدر المستطاع ، حتى يترك لأنفه مهمة تصفية (أو ترشيح) ما عسى أن يوجد من جسيمات خطرة بطريقة أكثر فاعلية .

وأصبحت حياة «فريد» محصورة ومقيدة تماماً ؛ لأن أي مكان تقريباً يكمن فيه احتمال للخطر ، ولا حاجة إلى القول بأن زوجته كانت منزعجة جداً من هذه المعتقدات والسلوك الغريب ، وحدث لديها اضطراب نتيجة تأثيره فيها ، فذكرت مثلا أن وضع البنزين في السيارة كان من مهمتها هي ؛ لأن «فريد» كان غير قادر حتى على خفض زجاج السيارة في محطة بنزين تقدم الخدمة الكاملة ، وفضلاً عن ذلك فقد جعلها تنشغل بعاداته هو بأن طلب منها أن تغسل يديها بدقة إذا كانت – وهى تحضر الطعام – قد لمست مقبض باب ، أو حركت مفاتيح التلفاز ، والتي قد تلوث يديها .

* * *

ويعد خط سير اضطراب الوسواس القهري – من منظور طولي – لدى هذا المريض

غير عـادى ؛ فإن متوسط العمر الذي يبدأ فيه هذا الاضطراب عادة هو أواخر العقد الثاني وأوائل العشرينات من العمر ، وتظهر الأعراض على الذكور قبل الإناث بسنوات عديدة . وإن بداية هذا الاضطراب بعد عمر الأربعين يعد أمراً غير شائع ، ومن ثم تعد حالة «فريد» غير نموذجية في هذا الصدد .

إن وساوس التلوث تتضمن عادة القذارة أو الميكروبات ، وحتى السموم والكيماويات والمنظفات والمطهرات والإشعاعات ، وتدخل كذلك أحيانا في اهتمام المريض سوائل الجسم . إن خوف هذا المريض من الجسيمات أو الذرات الدقيقة يعد أمراً غير عادى إلى حد ما ، ولكنه يُعد متسقاً تماماً مع وسواس التلوث ، الذي يرتبط بدوره ارتباطاً وثيقاً بكل من طقوس التنظيف والتجنب (Greist & Jefferson, 1995,pp. 129-131) .

ويختلف اضطراب الوسواس القهري كثيراً عن بعض أنواع السلوك السحري أو «خرافات» الحياة اليومية ، وهى أنواع من الأفكار الجامدة النمطية ، كأن يتفاءل الطالب بقلم معين فيستخدمه في الإجابة عن الامتحان ، ويتضايق بشدة إن لم يجده ، أو يتفاءل بملابس معينة ، أو يعتقد أن بعض الأرقام تجلب الحظ ، وكثير منا يمسك الخشب في مواقف نشعر فيها بإمكانية الحسد . . . ، وغير ذلك كثير . ولكن ذلك يختلف بالتأكيد عن الأفكار الغريبة والمذهلة والطقوس والشكوك التي تجرى في ذهن المريض ، والتي تبدأ غالبا بطريقة فجائية ، وقد تصل إلى مستوى يُعجز الفرد ويعوق حياته (Rapoport, 1989, p.1) . والتي رأينا مثالا لها في الحالة السابقة .

وقد تعد بعض أعراض الوسواس القهري – في ذاتها – صفات مرغوبة أو خصالاً حميدة ، أو خصائص يوسم بها الأخيار من البشر – ولكن بدرجة متطرفة – كالنظافة والدقة والنظام ويقظة الضمير والوفاء بالعهد . . . ، ويمكن أن تعد بعض هذه الصفات – وحتى في درجتها المتطرفة – لازمة لبعض المهن ، كالنظافة المفرطة بالنسبة إلى الجراح ، والدقة والنظام والمراجعة بالنسبة للباحث العلمي ، وتكرار التأكد من صلاحية أجهزة

قيادة الطائرة قبل الإقلاع لدى الطيار ، ويقظة الضمير والوفاء بالعهد بالنسبة لأي إنسان صالح . أما إذا زادت حدة هذه الأعراض وأشباهها ، وارتفع عددها ، فإنها تصل غالباً إلى اضطراب الوسواس القهري ، وبدلاً من تيسيرها لحياة الفرد فإنها تعوق توافقه ، وتؤثر سلباً في حسن أدائه لأدواره .

ما الفرق بين الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى الأسوياء واضطراب الوسواس القهري عند المرضى أو المضطربين ؟ لقد ظهر أن معظم الأسوياء (من ٨٠٪ إلى ٩٠٪ منهم) توجد لديهم وساوس (وهى الجانب المعرفي) وقهر (وهو الجانب السلوكي) . ويرى بعض الباحثين أن الوساوس منتشرة في حياتنا اليومية انتشاراً كبيراً ، وأن الأفكار الوسواسية - بوجه خاص - موجودة عند كل شخص ، جربها ومر بخبرتها ، وأن بعض عادات الحياة اليومية تشبه اضطراب الوسواس القهري شبهاً كبيراً .

وعلى الرغم من أن الخط الفاصل بين السلوك السوي والمرضي صعب التحديد إلى حد ما ، فقد وضعت معايير ناجحة في التفرقة بينهما ، أهمها أن وساوس المرضى وسلوكهم القهري تحدث بتكرار أكبر ، وتستغرق وقتاً أطول ، وتسبب الضيق ، وتقاوم بعناد وقوة أشد ، ويواجه الفرد صعوبة أكثر في طردها ، وتعوق التوافق الاجتماعي والمهني للفرد ، ويشعر بأن هذه الأفكار (الوساوس) والطقوس (الأفعال القهرية) حمقاء وسخيفة وغير ذات معنى ، ومع ذلك لا يستطيع الفكاك منها .

واضطراب الوسواس القهري ليس اضطراباً حديثاً ولا مكتشفاً في الآونة الأخيرة ؛ إذ يُرجعه بعض الباحثين إلى قدماء المصريين ، وقد وصف «جالينوس» (١٣٠-٢٠٠تقريباً) في روما الوسواس ، وقدم علماء المسلمين علاجاً له ، ومنهم أبو زيد البلقي (٨٥٠-٩٣٤) ، وابن سينا (٩٨٠-١٠٣٨) ، وكتب ابن قدامة المقدسي (١١٥١-١٢٠٩) رسالة صغيرة تحت عنوان : «ذم الموسوسين» . ووصف «شكسبير» في شخصية : «الليدى ماكبث» في القرن السابع عشر الوساوس وطقوس غسل اليدين المستمرة الناتجة عن الذنب بعد مقتل الملك «دنكان» .

ولم ينج بعض المشاهير من بعض الأعراض الوسواسية القهرية ، فقد كان «صامويل جونسون» (١٧٠٩-١٧٨٤) الكاتب والناقد والمعجمي الإنجليزي يعانى من طقوس قهرية غريبة لدى خروجه من الممرات والأبواب أو دخوله إليها ، وقد كشفت شخصيات تاريخية شهيرة عن بعض أعراض هذا الاضطراب ، مثل : «كولومبوس ، وتشارلز دارون ، وفلورنس نايتنجل» وغيرهم (انظر الفصل الأول) .

ومر وقت قبل أن يدخل الوسواس القهري إلى التصنيفات الطبية النفسية المعتمدة ، وفي عام ١٩٨٩ نشر كتاب «الولد الذي لا يستطيع أن يتوقف عن الاغتسال : خبرة اضطراب الوسواس القهري وعلاجه» كتبته طبيبة نفسية أمريكية هي «جوديث ريبوبورت» (Rapoport, 1989) ، واهتمت وسائل الإعلام في أمريكا بهذا الكتاب الذي أصبح من أكثر الكتب مبيعا في الولايات المتحدة الأمريكية على المستوى القومي ، وقد أدى هذا الاهتمام إلى زيادة عدد المرضى والمراجعين للأطباء النفسيين و علماء النفس المعالجين ، وأصبح اضطراب الوسواس القهري المرض الطبي النفسي للثمانينيات من القرن العشرين ، ثم زادت البحوث زيادة كبيرة في العقدين الأخيرين ، وتقدم فهمنا كثيرا لهذا الاضطراب ، وحدث تقدم كبير في علاجه .

ويهدف هذا الكتاب إلى تقديم معلومات عن هذا الاضطراب : أعراضه ، ومعدلات انتشاره ومآله ، وأسبابه ، وعلاجه ، . . . وذلك حتى يزداد فهمنا له . ومن الممكن أن يكون هذا الكتاب معينا ومساعدا للمريض وأسرته ، ولكن يجب أن يعرفوا أن قراءة هذا الكتاب ليست بديلا لعرض «الحالة» على اختصاصي متمرس ، فالمعرفة في هذا المجال بوجه خاص لا تكفي للعلاج ، ومع ذلك فقد دلت بعض البحوث على أن الشفاء التلقائي موجود ، وأن العلاج الذاتي ممكن في حالات معينة .

«قل إن حياتي ونسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين» .

هذا وبالله التوفيق ، ، ،

الفصل الأول

نبــذة تـاريخيـة

البدايات المبكرة :

لاضطراب الوسواس القهري تاريخ طويل ، فقد وصف الفراعنة الوساوس والقهر في أوراق البردي ، إذ اتصف «حقانخت» كاهن الوزير «إبى» بأنه كان وسواسياً قهرياً وبخاصة فيما يتصل بالعد Counting ، وقد وصف «جالينوس» Galen (١٣٠-٢٠٠تقريباً) في روما الوساوس .

إضافات المسلمين

قدم أبو زيد البلقى (٨٥٠-٩٣٤) - وهو أحد علماء العالم الإسلامي - علاجاً نفسياً معرفياً سلوكياً للوسواس ، واستخدم طرقا مشابهة لما استخدمه «وولبى ، ولازاروس» . وذكر ابن سينا (٩٨٠-١٠٣٨) في كتابه الشهير : «القانون» علاجا لاضطراب الوسواس القهري (El-Saadany, 1996,p. 1) .

وكتب ابن قدامة المقدسي (١١٥١-١٢٠٩) رسالة صغيرة تحت عنوان : «ذم الموسوسين» ، شملت هذه الرسالة بحثاً في الوسوسة صنف إلى فصول ستة كما يلي : في النية والطهارة والصلاة ، وفي ترديد كلمات من الفاتحة أو التشهد أو التكبير . . . ، ونحو ذلك ، وفي الإسراف في ماء الوضوء والغسل ، وفي الزيادات على الغسلات الثلاث ، وفي الوسوسة في انتقاض الوضوء بخروج خارج منه ، وفي أشياء سهّل الشرع فيها وشدد هؤلاء فيها . ويدعم المؤلف آراءه بالقرآن والسنة المطهرة والأحاديث النبوية الشريفة . فيقول في تشخيصهم :

«ثم إن طائفة من الموسوسين قد تحققت منهم طاعة الشيطان حتى اتصفوا بوسوسته ، ونسبوا إلى قبول قوله وطاعته . ورغبوا عن اتباع رسول الله صلى الله عليه

وسلم وطاعته ، حتى إن أحدهم ليرى أنه إذا توضأ وضوء رسول الله صلى الله عليه وسلم أو صلى كصلاته أن وضوءه باطل ، وصلاته غير صحيحة» (ص١٠) . ويضيف المؤلف نفسه : «وما عذر الله أحداً بذلك ، ألا يرى أن آدم وحواء لما وسوس لهما الشيطان فقبلا منه ، أخرجا من الجنة ونودى عليهما بما يُقرأ ويُدرس إلى يوم القيامة :

﴿أَلَمْ أَنْهَكُمَا عَن تِلْكُمَا الشَّجَرَةِ وَأَقُل لَّكُمَا إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمَا عَدُوٌّ مُّبِينٌ﴾
(الأعراف :٢٢)» (ص١٨) .

ويصف ابن قدامة المقدسى العلاج قائلاً :

«فمن أراد التخلص من هذه البلية فليستشعر صحة ما ذكرناه من الحق في اتباع رسول الله صلى الله عليه وسلم في قوله وفعله ، وليعزم على سلوك طريقته وعزيمته من لا يشك في أنه من تسويل إبليس ووسوسته ، ويتيقن أنه عدو لا يدعو إلى خير ، ولا يرشد إلى طائل ، إنما يدعو حزبه ليكونوا من أصحاب السعير» (ص١٢) (ابن قدامة المقدسى ، ١٩٨٨) . ومن ناحية أخرى ذكر الأنطاكى (١٥٤١-١٥٩٩) فائدة محلول زهرة القطن واللبن المغلي في علاج الوساوس (Op.Cit.) .

العصور الوسطى وما بعدها :

ترجع بعض التسجيلات المبكرة لسلوك الوسواس القهري في أوروبا إلى القرن الخامس عشر ، فقد وصفت حالة رجل صغير السن بأنه لم يكن قادرا على أن يمنع نفسه من إخراج لسانه أو من النطق بالبذاءات (الألفاظ القبيحة) بصوت مرتفع حالما يحاول أن يصلى (Shear & Frosch, 1986) .

ووصف «شكسبير» في شخصية السيدة «ماكبث» في القرن السابع عشر ، الوساوس وطقوس غسل اليدين المستمرة الناتجة عن الذنب بعد قتل الملك «دنكان» . وتعد هذه واحدة من أكثر المظاهر شهرة للسلوك الوسواسي القهري في الأدب الإنجليزي (انظر شكل ١) .

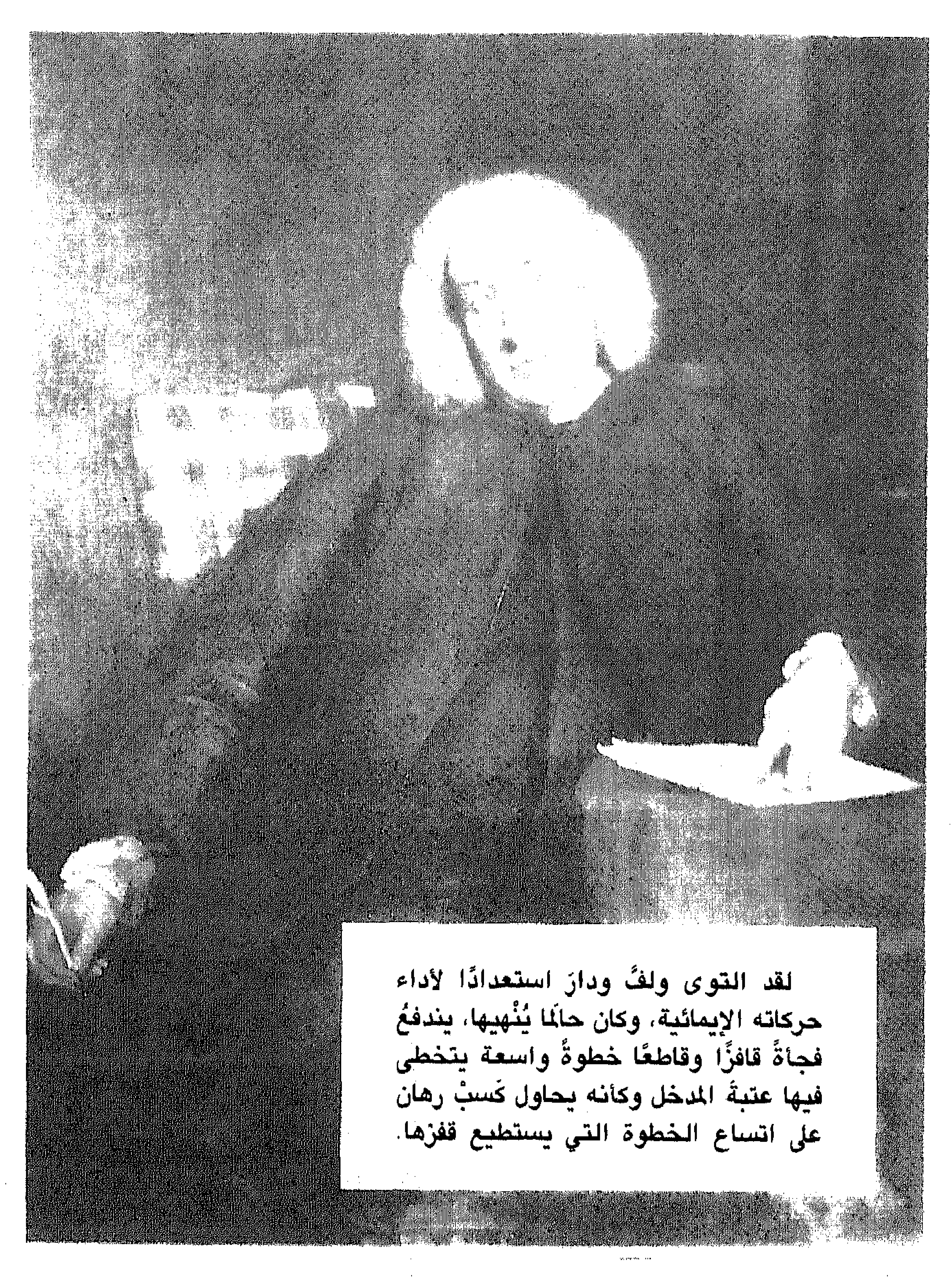


شكل (١) هذا المنظر الشهير من مسرحية «الليدي ماكبث»

يجسد قهراً متصلاً بغسل اليدين

وقد أمدنا «بوزويل» Boswell بوصف ممتاز لفعل قهري لدى شخص سوي في السيرة الذاتية التي كتبها لرجل الآداب العظيم والكاتب والناقد والمعجمي الإنجليزي في القرن الثامن عشر ، ونقصد «صامويل جونسون» Johnson ، ويعرف عادة بالدكتور جونسون (١٧٠٩- ١٧٨٤) . فقد علق «بوزويل» على بعض ما انفرد به «جونسون» وعد خصوصية له كما يلي : «كان لديه خصوصية أخرى لم يجرؤ أي من أصدقائه قط أن يطلب منه تفسيراً لها ، ويبدو أنها نوع من العادات الخرافية التي اكتسبها في سن مبكرة ، ولم يدعه عقله قط للتخلص منها . وتلخصت هذه العادة في عنايته واهتمامه الشديدين بالخروج من الباب أو الممر أو الدخول إليه بعد عدد معين من الخطوات التي تبدأ من نقطة معينة ، وذلك حتى يتعين أن تقوم إما قدمه اليمنى أو اليسرى (ولست متأكدا أيهما) بالحركة الفعلية الأولى عندما يصبح قريبا من الباب أو الممر . وقد أتيحت لي مناسبات ومرات لا حصر لها لملاحظته ، فكنت أحدس أو أخمن أنه سوف يتوقف فجأة ، ويبدو أنه عندئذ يعد خطواته في جدية واهتمام عميقين ، وعندما يغفل شيئا أو يخطئ في هذا النوع من الحركات السحرية كنت أشاهده يعود مرة ثانية ، ويضع نفسه في الموقع المناسب ليبدأ «الحفلة» ، ويمر من خلال الباب أو الممر ، ويذهب عنه ذهوله ، ويمشي بخطوات سريعة نشطة ويلحق بصحبه» (de Silva & Rachman, 1998, p.11) . تلخصت عادته الغريبة إذن في اتباعه طقوساً معينة لدى دخوله من الحجرات أو الممرات أو خروجه منها ، وكان يستخدم عددا محددا من الخطوات ، ويعبر العتبة دوماً بالقدم نفسها (Baer, 1992, p.6) .

ومن بين الأشياء الغريبة التي كان يقوم بها «جونسون» أيضا أنه لم يخط قط على الشقوق التي تفصل أحجار الطوار (الرصيف) ، كما كان يلمس كل عمود طوال الطريق أو الشارع الذي يسير فيه ، وإذا ما نسي عموداً فكان يترك أصدقاءه ينتظرونه حتى يقفل راجعا ليلمسه (Rapoport, 1989, p. 4) . وقد رسم «السير رينولدز» قرابة عام ١٧٥٠ صورة للدكتور «جونسون» (انظر شكل ٢) ، وسجل عليها ما كتبه أحد معاصري «جونسون» عن سلوكه الطقوسي الغريب في أثناء مروره من الأبواب (ريبوبورت ، ١٩٨٩ ، ص٦٠) .



شكل (٢) : صورة للدكتور «جونسون» رسمها السير «رينولدز»
وسجل عليها ما كتبه أحد معاصرى «جونسون» عن سلوكه الطقوسى
الغريب عند مروره من الأبواب.عن : (ريبوبورت ، ١٩٨٩)

القرن الثامن عشر وما تلاه :

ظهـرت حكايـات وإشـارات إلـى السلـوك الوسـواسي القـهـري في التـراث الشعـبي والإنتاج العلمي والفكري منذ أكثر من مـائة عـام ، فقـد وصـف «إسكيرول» Esquirol بإيجاز أنماط التفكير الوسـواسي في عـام ١٨٣٨ ، وعـدها شكـلا من أشكال الهوس الأحادي Monomania العقلي ، وهو يعنى به الهوس أو المس المقصور على فكرة واحـدة أو مجمـوعـة من الأفكـار ؛ أي : التـركيـز المفـرط على فكـرة واحـدة ، وذلك تبعا للنظام التصنيفي الأولى الذي وضعه . وحدد هذا النمط من الأفكار على أنه تركيز عميق على مـوضوع واحـد ، وتكوين مبادئ خاطئة ، يشتق منها استنتاجات ، ويضع عليها نتائج زائفة . ونمط التفكير هذا - كما افترض «إسكيرول» - يغير من الوجدان والسلـوك وقـوة الإرادة لدى المريض . وقـد وصـف «إسكيـرول» أول حـالة للعـد الوسواسي (McCarthy & Foa, 1990) .

وتجدر الإشـارة هنا إلى أن العـرب وعلمـاء الإسـلام سبـقـوا كل هؤلاء في صك المصطلح وبيان أعراض الاضطراب وعلاجه ، كذلك سبق الجميع قدماء المصريين في الإشارة إليه .

وسمى «فارلى» Farlet الوساوس بأنها «مرض الشك» . ووضع «موريل» Morel عـام ١٨٦١ مصطلح «الوسـواس» Obsession ، وأصر على أنه مرض انفعـالي . وقدم «إبنج» Ebing عـام ١٨٦٧ المصطلح إلى الطب النفسي الألماني ، ولاحظ أن الوسـاوس تتأثر بالاكتئاب . واستخدم «جريسنجر» Griesinger عـام ١٨٧٠ المصطلح ليصف الأفكار المعـاودة التي تحدث على شكل أسئلة ولا تخضع للسيطرة . وأقام «وستفال» Westphal عام ١٨٧٨ تكاملاً بين وجهات نظر سابقيه ، وافترض أن الأفكار الوسـواسية مستقلة عن أية حالة وجدانية توجد في الوعي أو الشعور على الرغم من إرادة المريض وضد هذه الإرادة ، كما ينظر إليها المرضى على أنها شاذة وغريبة .

وقد ركز «وستفال» على المعرفة ، وأنكر اعتماد الوساوس على الوجدان ، ويتعارض ذلك مع فكرة «إبنج» الذي ربط بين الوساوس والاكتئاب ، كما يتعارض مع آراء الأطباء النفسيين الفرنسيين الذين أصروا على الأساس الوجداني للوساوس . ومن ثم فقد عرّف الأطباء النفسيون الألمان الوساوس بأنها مرض للعقل ، واعتقدوا - على العكس من نظرائهم الفرنسيين - أن حدوث القلق أو الاكتئاب يعد ثانوياً ، وليس له دلالة سببية (El-Saadany, 1996, p.2) .

وعرض «بيريوس» لتاريخ اضطراب الوسواس القهري في فرنسا خلال القرن التاسع عشر فقال : إن ظاهرة الوسواس القهري عدت - حتى الخمسينيات من القرن التاسع عشر - نوعاً مختلفاً عن الفكرة القديمة «للجنون» ، وأصبح الوسواس القهري يُعد - حول هذا الوقت - مرضاً مختلفاً ؛ من حيث كونه عضواً في الفئة القديمة للعصاب (الاضطراب النفسي) بادئ ذي بدء ، ثم بوصفه نوعا مختلفا عن الفكرة التي تكونت حديثاً لتضم الذهان (المرض العقلي) ، ثم عد بعد ذلك على أنه ذهان حقيقي .

وتعكس هذه التغيرات النقلات النظرية في تعريف الفئات الطبية النفسية الأساسية ، وبعد عام ١٨٦٠ قُدمت فروض عضوية بوصفها أسبابا لاضطراب الوسواس القهري ، متضمنة خللا في وظائف الجهاز العصبي اللا إرادي وإمداد المناطق اللحائية (قشرة المخ) بالدم ، كما وُضعت فروض نفسية ، بما فيها العجز الإرادي أو العقلي أو الانفعالي . وفي أواخر ثمانينيات القرن التاسع عشر حقق اضطراب الوسواس القهري التعريف الإكلينيكي والتصنيف الكامل (Berrios, 1989) .

ولقد كان الفيلسوف الفرنسي (والنفسي) «بيير جانيه» Janet في عام ١٩٠٣ أول من قام ببحث مهم في الوساوس والقلق ، وقدم مفهوم السيكاستينيا Psychasthenia ، وشمل الوساوس والمخاوف المرضية وبقية الاضطرابات العصابية ، ولكنه استبعد الهستيريا . ووصف الأفراد الوسواسيين بأنهم شكاكون مرتابون Scrupuleux ، ونظر إلى الوسواسيين - مثله في ذلك مثل «إسكيرول» - على أنهم يعانون أساساً من

مشكلات في كل من قوة الإرادة وفي التحكم في العقل ، كما رأى «جانيه» أن الوساوس - وليس القهر - هي محور هذا الاضطراب العقلي ، ومن ثم فقد ركز العلاج الذي اقترحه - في المقام الأول - على الوساوس . وقسم الوساوس - اعتمادا على مخططه التصنيفي - وتبعاً لمحتواها إلى خمس فئات كما يلي : الجريمة ، وتدنيس المقدسات أو دور العبادة ، والخزى ، وعدم الكفاءة البدنية ، وتوهم المرض . وميز «جانيه» بين أربعة مكونات تشيع في كل أنواع التفكير الوسواسي وهى :

١ - لا تركز الأفكار الوسواسية على الموضوعات الخارجية ولكن على سلوك المريض ، مثال ذلك أن الخوف من السكاكين هو في الحقيقة خوف من ارتكاب جريمة قتل .

٢ - تتضمن الأفكار الوسواسية الأفعال السيئة وغير المقبولة فقط ، ولا تملي دائما الأخلاقيات العامة درجة السوء أو عدم القبول لهذه الأفعال ، وبدلا من ذلك فإنها تختلف تبعا لرغبات الأفراد وإراداتهم ، مثال ذلك شخص تستحوذ عليه فكرة أن صلواته يجب أن تكون كاملة في شكلها .

٣ - تركز الوساوس - بشكل نموذجي نمطي - على السلوك السلبي المتطرف مثل تدنيس المقدسات أو الأفعال الخطرة .

٤ - تنطلق الوساوس وتنبعث من داخل الفرد ، ولكنها تتأثر أيضاً بالحوادث الخارجية ، مع أن الأخيرة لا تسببها بل تشكل مضمونها (McCarthy & Foa,1990) .

وقد أشار الطبيب النفسي الألماني الشهير «إميل كريبلين» Kraepelin (١٨٥٦-١٩٢٦) إلى هذا الاضطراب باللغة الألمانية بمصطلح «Swangsneurose» (وقد سبق «فرويد» في ذلك) . وعندما ترجم المصطلح إلى الإنجليزية فقد أصبحت Swang تعنى الوسواس Obsession في الترجمات البريطانية ، والقسر أو القهر Compulsion في الترجمات الأمريكية . أما المؤلفون الذين اعتمدوا على الترجمات دون الرجوع إلى اللغة الألمانية ، فقد حاولوا الاتصاف بالشمولية واتساع النظرة ، ووضعوا مصطلح «الوسواسى القهري» . وقد سهل ابتكار هذا المصطلح التعرف إلى جانبين مختلفين لهذا الاضطراب :

أولهما الوسواس الذي يشير إلى محتوى التفكير ومضمونه ، وثانيهما القهر أو الإكراه الذي يشير إلى السلوك أو الأفعال (كولز ، ١٩٩٢ ، ص٢٣٩) .

تتبع «فرويد» Freud عام ١٩٠٨ أصول عصاب الوسواس القهري إلى مرحلة التطور الشرجي السادي والذكريات المكبوتة عن الذنب الجنسي . وحدد «شنايدر» Schneider عام ١٩٢٥ الوساوس على أنها مستويات للوعى تصاحبها جوانب قهرية ذاتية لا يمكن استبعادها على الرغم من إدراك الفرد لها على أنها عديمة الأهمية .

ورأى «أوبرى لويس» A.Lewis عام ١٩٣٦ أن إدراك الوسواس على أنه عديم الأهمية ليس هو الطبيعة الأساسية للاضطراب ، حيث إن الوساوس ليست دائما عديمة الأهمية أو سخيفة ، ونقد «شنايدر» فيما ذهب إليه من أن الأفكار الوسواسية مضادة لإرادة المريض وعلى الرغم منها (El- Saadany, 1996, p.2f) .

شخصيات تاريخية وسواسية :

كشف كثير من الشخصيات التاريخية عن التصاق وسواسى قهرى بأهدافهم على الرغم من تثبيط همتهم وتسخيف آرائهم : فقد ثابر «كولومبس» (١٤٥١-١٥٠٦) البحار والمكتشف لمدة ثمانية عشر عاماً في جهوده لتوفير تمويل لبعثته إلى الهند (حيث وصل إلى العالم الجديد : أمريكا دون أن يدرى) . وقام «تشارلز دارون» (١٨٠٩-١٨٨٢) بجمع الأدلة على نظريته في النشوء والارتقاء لمدة اثنين وعشرين عاما قبل أن يقدم أفكاره عن التطور (Kisker, 1977, p.215) ، ولم يصبح «دارون» قادرا على التغلب على عدم الحسم الوسواسي لديه إلا بعد أن ووجه باحتمال أن يسبقه في النشر زميل له ، ومن ثم وضع «دارون» كتابه : «في أصل الأنواع» في يد الناشر (Coleman, *et al.*,1980,p.215) . وقد سبق أن ذكرنا (في ص٢٦) وساوس الدكتور «جونسون» رجل الآداب العظيم ، والكاتب والناقد والمعجمي الإنجليزي . وفي وقت أحدث درس «محمد رجبالى» شخصية «فلورنس نايتنجل» Nightingale (١٨٢٠-١٩١٠) وهى ممرضة بريطانية رائدة في تقديم طرق التمريض الحديثة ،

وبذلت جهوداً كبيرة في تأسيس التمريض بوصفه مهنة محترمة ، وأسست عام ١٨٦٠ مدرسة ومقرا لتدريب الممرضات ، واستنتج أنها تكشف - مع زملات مرضية أخرى - عن ميول وسواسية قهرية (Rajabally, 1994) .

ويوجد في تاريخ الأدب الأوروبي ثلاثة نماذج تجسد الوساوس المتعلقة بفكرة معينة هي فكرة الموت ، وهذه النماذج هي : «فرانز كافكا» F. Kafka (١٨٨٣-١٩٢٤) ، وهو كاتب تشيكي كان يكتب بالألمانية ، تشيع وساوس الموت والاحتضار في رواياته . «فرجينيا وولف V. Woolf» (١٨٨٢-١٩٤١) وهي روائية بريطانية وناقدة ، أصيبت بالوسواس بعد موت والديها وأخيها الأكبر ، وقد انتحرت في النهاية . وأخيراً وليس آخراً : «سيزار بافيز» C.Pavese (١٩٠٨-١٩٥٠) وهو روائي إيطالي كان يعاني من وسواس الموت وقد انتحر في النهاية . وقد دعا ارتباط الوسواس بالموت إلى وضع مفهوم «وسواس الموت» Death obsession (Abdel- Khalek,1998b, 2000b, 2002) .

الدليل التشخيصي الأمريكي :

في عام ١٩٥٢ صدر «الدليل التشخيصي والإحصائي الأول» DSM-I للاضطرابات النفسية عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA ، وضم هذا الدليل سبعة تصنيفات فرعية لاضطرابات العصاب النفسي منها «استجابة الوسواس القهري» ، ثم صدرت الطبعة الثانية من هذا الدليل عام ١٩٦٨ ، واعتمدت هذه الطبعة على تصنيف «كريبلين» بعد أن خضع لتعديلات شتى ، وشملت تسع فئات فرعية للعصاب منها «عصاب الوسواس القهري» ، ثم صدر الدليل الثالث عام ١٩٨٠ ، وأدخلت فيه تعديلات جذرية متعددة ، وأصبح الوسواس القهري أحد التصنيفات الفرعية المندرجة تحت فئة اضطرابات القلق ، واستمر الأمر ذاته في الدليل الثالث المعدل الصادر عام ١٩٨٧ ، والرابع عام ١٩٩٤ . .

وفي هذا الدليل الأخير تضم اضطرابات القلق Anxiety disorders الفئات الفرعية

العشر الآتية :

١- اضطراب الهلع .

٢ - الخوف من الأماكن الواسعة .

٣- مخاوف محددة .

٤ - المخاوف الاجتماعية .

٥ - اضطراب الوسواس القهري .

٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة .

٧ - اضطراب الضغوط الحاد .

٨ - اضطراب القلق العام .

٩ - اضطراب القلق الناتج عن حالة طبية معينة .

١٠ - اضطراب القلق الناتج عن تعاطى مواد معينة .

ملخص

سجل تاريخ البشرية منذ مصر القديمة حالات وسواس قهري واضحة ، ووصف «جالينــوس» (١٣٠ - ٢٠٠ تقريباً) هذا الاضطراب في روما . وفي العصور الإسلامية الزاهرة قدم كل من «أبوزيد البلقي ، وابن سينا» علاجاً نفسياً لهذا الاضطراب ، وكتب ابن قدامة المقدسي رسالة صغيرة تحت عنوان «ذم الموسوسين» .

وترجع بعض التسجيلات المبكرة لسلوك الوسواس القهري في أوروبا إلى القرن الخامس عشر ، ووصف «شكسبير» في شخصية السيدة «ماكبث» الوساوس وطقوس غسل اليدين الناتجة عن الذنب بعد مقتل الملك «دنكان» .

وكشف كثير من الشخصيات التاريخية عن التصاق وسواسي قهري بأهدافهم ، مثل «كولومبس ، ودارون ، ونايتنجل» ، وتوجد ثلاثة نماذج على الأقل في تاريخ الأدب الأوروبي تجسد الوساوس المرتبطة بالموت ، وهم : «فرانز كافكا ، وفرجينيا وولف ، وسيزار بافيز» .

وفي عام ١٨٣٨ وصف «إسكيرول» أنماط التفكير الوسواسي ، وقام عدد من الأطباء النفسيين في القرن التاسع عشر ثم العشرين بتحديد هذه الحالات مع محاولات لفهم أسبابها ، ومنهم : «فارلي ، وموريل ، وإبنج ، وجريسنجر ، ووستفال ، وبيير جانيه ، وإميل كريبلين ، وشنايدر ، وفرويد ، وأوبري لويس» .

وصدر الدليل التشخيصي والإحصائي الأول للاضطرابات النفسية عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين في عام ١٩٥٢ متضمناً استجابة الوسواس القهري بوصفها فئة من فئات العصاب النفسي ، وفي الطبعة الرابعة من هذا الدليل أدرج اضطراب الوسواس القهري من بين فئات اضطرابات القلق .

وأياً ما كان تصنيف الوسواس القهري عبر التاريخ الطبي النفسي فإن الجانبين الأساسيين في هذا الاضطراب هما : الوساوس (أفكار) والقهر (أفعال أو طقوس) ، وسنعرض للأولى في الفصل التالي ، وللقهر في الفصل الثالث ، ونبدأ بالوساوس .

* * *

الفصل الثاني

الوسـاوس

تمهيد :

يتسم اضطراب الوسواس القهري - على مستوى الوصف العيادي (الإكلينيكي) - بجانبين أساسيين هما : الوساوس والقهر ، ومن النادر أن توجد الوساوس دون القهر ، أو أن يوجد القهر دون وساوس ، فالتداخل بينهما كبير ، ويكون السياق - في معظم الأحوال - أن الفكرة الوسواسية تتسبب في حدوث الفعل القهري . ولكننا سنفصل القول عن كل من الوساوس والقهر في فصلين مستقلين (الثاني والثالث) لتسهيل فهمهما ولتنظيم العرض .

ويعرض هذا الفصل تعريف الوساوس وأشكالها ومحتواها وتصنيفاتها وتغير مضمونها عبر العصور ، والفرق بين الوساوس والضلالات ، ونبدأ بتعريف الوساوس .

تعريف الوساوس

أ - المعنى اللغوي :

«الوسواس (بفتح الواو) في اللغة العربية الشيطان ، وهو أيضا مرض يحدث من غلبة السوداء ، يختلط معه الذهن . والفعل وسوس ، فيقال وسوس الشيطان إليه ، وله ، وفي صدره وسوسة ، ووسواساً : حدثه بما لا نفع فيه ولا خير . ويقال : وسوست النفس . ووسوس : تكلم بكلام خفي مختلط لم يبينه . ووسوس اعترته الوساوس . ووسوس همس ، كأن يقال : وسوس فلان فلانا : كلمه كلاماً خفياً» (مجمع اللغة العربية ، ١٩٨٥ ، ص١٠٥٧) . ولهذه المعاني اللغوية المتعددة للكلمة ارتباط وثيق بالاستخدام النفسي للمصطلح وعناصر مشتركة : فالوسواس اضطراب أو كلام خفي أو همس ، من بين أعراضه اختلاط الذهن ، مع أفكار لا نفع فيها ، ولا طائل من ورائها .

والوسواس بالإنجليزية : Obsession ، وقد اشتقت من الكلمة اللاتينية Obsidere وتعنى «يحاصر أو يطوّق أو يحيط بـ Besiege» (Marks, 1987,p. 423) .

ب - المفهوم النفسي :

الوسـاوس Obsessions أفكار Ideas عنيـدة ، وفكر Thought يتـخـذ طابع الإصرار والاستمرار ، ودفعات Impulses لفعل أمور معينة ، أو صور عقلية Images وتصورات يجربها الفرد ويقاسي منها ، ويرى أنها تقتحم فكره وتتدخل فيه ، وأنها غير ملائمة ولا مناسبة ، وتسبب قلقا ملحوظا وألما واضحا وضيقا شديدا .

ويشار إلى الوساوس التي تقتحم عقل الإنسان على أنها «غير مقبولة للأنا ، وغير منسجمة مع فكرة الفرد المثالية عن ذاته» Ego- dystonic ، ويعنى ذلك شعور الإنسان بأن مضمون الوساوس أو محتواها غريب Alien عن نفسه مغترب عنها ، وأنه خارج نطاق سيطرته عليها وتحكمه فيها ، كما أن الوساوس ليست ذلك النوع من الأفكار التي يتوقع الفرد أن يحوزه أو أن يكون لديه ، ومع ذلك فإن الفرد يكون قادرا على معرفة أن الوساوس نواتج لعقله هو ، وأنها ليست مفروضة عليه من خارج (كما يحدث في حالة اقتحام الأفكار لعقل الفرد ودخولها عنوة إليه) (APA, 1994, p.418) .

والوساوس كذلك حوادث معرفية مكررة ومقتحمة وتطفلية وغير مرغوبة ، يمكن أن تأخذ شكل الأفكار أو الصور التخيلية أو الدفعات ، وهى تقتحم الشعور فجأة ، وتؤدى إلى زيادة القلق الذي يشعر به الفرد .

إن ما يميز الوسواس ليس أنه يقتحم الفكر ، ولكن ما يميزه بالأحرى الطبيعة غير المرغوبة للفكر ، فبعض العلماء والفنانين - على سبيل المثال - ذكروا أنهم يمرون بخبرة الأفكار المقتحمة أو الأفكار الملهمة التي تظهر بطريقة غير متوقعة ولا إرادية ، ولكن هذه الأفكار ليست غير مرغوبة . الوساوس إذن أفكار غير مرحب بها ، كما أنها أيضا تافهة وغير ذات معنى ، وقد تبدو سخيفة أو «مجنونة» . وعلى الرغم من التأكد من أن هذه الأفكار لا تحمل معنى ، فإن الفرد الذي يعاني من اضطراب الوسواس عاجز عن تجاهلها

أو طردها (Oltmanns & Emery, 1995, p. 202) .

وقد تكرر في تعريف الوساوس مفهوم الأفكار التطفلية أو المقتحمة Intrusive ؛ أي : التي تقتحم عقل المريض عنوة . ويعرف الاقتحام : Intrusion بأنه تداع Association أو تفكير لا يرتبط بالسياق ، مثل التفكير الوسواسي الذي يدفع بنفسه أو يقحمها في الشعور أو الوعي بطريقة متكررة ومداومة . والأكثر شيوعاً من ذلك ظهور فكرة أو أكثر غير ذات معنى بشكل عشوائي ، وتتدخل في التفكير الجاري المنطقي والمنظم (Campbell 1996,p.378) .

ويجب التأكيد على أن الوساوس ليست أفكاراً زائلة وخيالات مارة وردود أفعال لمواقف معينة ، إنها دائمة مستمرة وغير سارة ، وتظهر تلقائيا ، ومن الصعب التحكم فيها .

وتختلف الوساوس عن اهتمام الشخص السوي بشيء ما وغرامه به ، وقضائه وقتاً طويلاً معه مثل هواية معينة كالرياضة ، كأن نقول : «الرياضة البدنية تستحوذ على تفكيره ، ويبدو أنه يفكر فيها طوال وقته» ، ولكن مثل هذا الشخص ينقصه بعض الصفات التي تسم الوسواس المرضي ، ومنها أن تفكيره في الرياضة لا يقهره ، وليس غير ذي معنى ، وليس مزعجاً ولا محزناً (Halgin & Whitbourne, 1993, p.184) .

أشكال الوساوس ومحتواها

تتخذ الوساوس أشكالاً عدة منها : الشك ، والمماطلة أو التسويف ، وعدم الحسم الشديد ، فقد يصبح المريض عاجزاً عن الوصول إلى قرار أو نتيجة نهائية حتى يتوقف عن النظر في الموضوع (Davison & Neale, 1996,p. 150) . ويضرب آل «ساراسون» (Sarason & Sarason, 1987,p.155) الأمثلة الآتية لوساوس فعلية :

١ - رجل يقضي ثلاث ساعات كل يوم في الحمام ، يستحم ليطهر ما عسى أن يوجد به من جراثيم (ميكروبات) يمكن أن تسبب له الوفاة .

٢ – توقفت زوجة عن أن تقوم بعملية الطبخ في منزلها لخوفها من أنها ستسمم زوجها .
٣ – توقف رجل عن استخدام الأجهزة الكهربية لخوفه من أن تسبب حريقا .
٤ – امرأة تشعر بدفعة قوية تحثها على قتل طفلها .
٥ – فتاة مراهقة عندما قبلها رجل ، أصبحت – لعدة أيام – غير قادرة على طرد فكرة أنها أصبحت حاملا .

ويبين جدول (١) أهم أنواع الوساوس .

جدول (١) : أنواع الوساوس الشائعة

أنواع الوساوس	نماذج
١- الأفكار المتكررة عن التلوث .	أن يصبح الفرد ملوثاً من جراء المصافحة بالأيدي .
٢- الشكوك المتكررة .	التساؤل عما إذا كان الفرد قد قام بفعل معين كأن يكون قد آذى شخصاً ما في حادث مروري ، أو أنه ترك باب المنزل مفتوحا .
٣- ترتيب الأشياء بطريقة معينة .	الضيق الشديد عندما يختلط ترتيب الأشياء أو أن تكون غير متناسقة أو غير منسقة .
٤- الدفعات العدوانية أو الرهيبة المرعبة .	أن يؤذي الفرد شخصاً ما ، أو التفكير في أن الشخص قد فعل أشياء مرعبة لمن يحبهم ، أو أن يصيح بألفاظ بذيئة في مكان العبادة .
٥- التخيلات الجنسية .	إصرار الصور العقلية الإباحية الخليعة وإلحاحها .

ولا تعد الأفكار والدفعات أو الصور العقلية – ببساطة – انزعاجاً أو قلقاً متعلقاً بالمشكلات الواقعية للحياة (كالانشغال بالصعوبات الجارية أو المشكلات الفعلية كالأمور المالية أو مشكلات العمل أو المدرسة) ، فيندر أن تكون الوساوس مرتبطة بمثل هذه المشكلات الواقعية في الحياة ، ولكنها ترتبط بما تمليه على الفرد من موضوعات فيخضع لها .

ويحاول الشخص المصاب بهذه الوساوس عادة أن يتجاهل (أو يقمع) مثل هذه الأفكار أو الدفعات ، كما يحاول أن يعادل neutralize هذه الأفكار بفكرة أخرى معينة أو فعل (هذا هو القهر) . مثال ذلك أن الشخص الذي تسيطر عليه شكوك عما إذا كان قد أطفأ موقد الطبخ أو لا ، يحاول أن يعادل هذه الشكوك ويجعلها محايدة بأن يكرر مراجعته للموقد مرارا وتكراراً ليتأكد من أنه مطفأ (APA, 1994, p. 418) .

وقد أجرى «أخطر» وزملاؤه (Akhter, *et al.*, 1975) دراسة أصبحت «كلاسيكية» مهمة في هذا المجال ، فقاموا بفحص محتوى الوساوس اعتماداً على مقابلة شخصية لاثنين وثمانين مريضاً بالوسواس القهري ، وحددوا خمسة أشكال مميزة للوساوس (وجانبين للقهر سنعرض لهما في الفصل الثالث) . **وأشكال الوساوس هي :**

١ - **الشكوك الوسواسية** : أفكار مستمرة من أن العمل الذي تم لم ينجز بطريقة مناسبة ، وتوجد هذه الأفكار لدى ٧٥٪ من المرضى ، مثال ذلك أن أحد الطلبة ، ويبلغ من العمر ثمانية وعشرين عاماً ، في كل مرة يترك فيها غرفته كان يبدأ في أن يسأل نفسه : «هل أغلقت الباب؟ هل أنا متأكد ؟» وذلك على الرغم من التذكر الواضح والدقيق من أنه قام بذلك .

٢ - **التفكير الوسواسي** : ويبدو على شكل سلاسل لا نهائية من الأفكار التي تركز عادة على الحوادث في المستقبل ، وقد قرر حدوث ذلك ٣٤٪ من المرضى الذين أجريت لهم مقابلة ، مثال ذلك : امرأة حامل من هؤلاء المرضى تعذب نفسها بهذه الأفكار : إذا كان طفلي ولدا ، فقد يطمح إلى حياة تتطلب ذهابه بعيداً عني ، ولكنه قد يرغب في العودة إليّ ، فماذا أفعل عندئذ ؟

٣ - **الدفعات الوسواسية** : توجد لدى المرضى في هذا الجانب دفعات Urges قوية لتنفيذ أفعال معينة ، تتفاوت بين النزوات whims التافهة والأفعال المميتة الهجومية ، وتوجد هذه الدفعات لدى ١٧٪ من مرضى الوسواس القهري الذين أجريت عليهم الدراسة ، مثال ذلك محام في الحادية والأربعين من العمر ، كانت تستحوذ عليه فكرة يعلم أنها

فكرة حمقاء مفادها أن يشرب من المحبرة (دواة الحبر) ، ولكن كان لديه أيضاً دفعة خطرة لشنق ابنه الوحيد أو خنقه ، وهو الابن الذي يحبه حبا جما .

٤ - **المخاوف الوسواسية** : في هذا الجانب يقلق ٢٦٪ من المرضى من فقد سيطرتهم على أنفسهم ، ومن أن يصدر عنهم فعل ما يمكن أن يكون مربكا أو مخجلا لهم من الناحية الاجتماعية . مثال ذلك مدرس في الثانية والثلاثين من عمره ، كان يخاف أن يشير وهو في الفصل الدراسي إلى علاقته الجنسية غير الكافية بزوجته ، على الرغم من أنه لم تكن لديه رغبة كي يفعل ذلك .

٥ - **الصور التخيلية الوسواسية** : وهى صور متخيلة مستمرة ومداومة لبعض الأحداث التي رُئيت أو تم تخيلها في الآونة الأخيرة ، وتصيب ٧٪ من المرضى ، ومثالها مريضة «كانت ترى طفلها الرضيع يتدفق ويسيل مع ماء السيفون في التواليت» كلما دخلت إلى الحمام .

ويبين جدول (٢) موجزاً لدراسة «أخطر» وصحبه فيما يختص بالوساوس .

جدول (٢) : محتوى الوساوس لدى ٨٢ مريضاً تبعاً لدراسة «أخطر» وزملائه

الوساوس	٪	مثالها
١- الشكوك الوسواسية .	٧٥	هل أغلقت الباب ؟
٢- التفكير الوسواسى .	٣٤	إذا رأى ابني الابتعاد عني عندما يكبر فماذا أفعل ؟
٣- الدفعات الوسواسية .	١٧	خنق الابن الوحيد المحبوب .
٤- المخاوف الوسواسية .	٢٦	الكشف عن علاقة جنسية غير مناسبة بالزوجة .
٥- التخيلات الوسواسية .	٧	طفلي يشده «سيفون التواليت» ويسحبه .

وقد درس «راسميوسن ، وآيسن» (Rasmussen & Eisen, 1989) مائتي مريض بالوسواس القهري ، ويبين جدول (٣) أهم أعراضهم الوسواسية .

جدول (٣) : الأعراض الوسواسية وتكرارها لدى مائتي مريض

الوساوس	٪
التلوث	٤٥
الشك المرضي	٤٢
الجسمية	٣٦
الحاجة إلى التناسق	٣١
العدوانية	٢٨
الجنسية	٢٦
غير ذلك	١٣
وساوس متعددة	٦٠

والشك والتردد من الأعراض الأساسية في الوسواس ، وفيما يلي مثال لحالة شك وتردد :

حالة طبيب الأشعة : كيف أعرف أن هذا طبيعي (سوي) ؟

عندما أحيل «نبيل» إلى الفحص كان في منتصف الثلاثينات من عمره ، وكانت أمامه حياة مهنية ناجحة ، كان طبيب أشعة ممارساً مهنته ، وقد مرت سنوات قليلة منذ تخرجه من مدرسة طبية يتنافس فيها الطلاب منافسة شديدة ، وتخرج منها ، وكان من بين الثلث الأعلى من الخريجين . وقد حـول «نبيل» عن طريق طبيب نفسي عام متمرس بسبب أعراضه القهرية أساسا ، والتي أصبحت تتدخل بدرجة متزايدة في عمله ، وتؤثر في حياته الاجتماعية .

وقد ظهرت أعراض القهر على «نبيل» قبل عامين تقريبا من أول استشارة ، وكان ذلك بعد موت قريبة حميمة له مباشرة . وكانت هذه القريبة قد استشارته - بصورة شخصية - قبل بضعة شهور من موتها ، وكانت تشتكي من آلام مستمرة في المعدة

والأمعـاء ، مع أوجـاع في منطقـة البطن . وذكـر «نبيل» أنهـا كـانت عـادة لا تنطق بأي شكوى ، فقد كانت صغيرة نسبياً وفي صحة جيدة عادة ، ويذكر أنه أخذ أعراضها مأخذ الجد تماماً ، وقام بفحصها ، وأمر أن تجرى لها بعض التحليلات المعملية والأشعة السينية (إكس) في عيادته .

وعندما كانت نتائج كل التحليلات سلبية قام بطمأنتها ، ووصف لها علاجاً لبعض الأعراض . ولكن أعراضها استمرت ، وخلال بضعة أسابيع بدأت تفقد وزنها ، وبدا على مظهرها كما لو كانت قد كبرت في العمر عدة سنين ، ولم تعد قادرة على الاحتفاظ بالطعام في معدتها . وكشفت إعادة تقويم لحالتها عن ورم خبيث يتعذر إجراء جراحة له . وكان سير مرضها وتقدمه سريعاً ، فماتت في خلال شهر واحد .

وقام «نبيل» بعد موتها بمراجعة الأفلام الأصلية للأشعة السينية الخاصة بها ، ولاحظ بدقة موضع الأعضاء المعدية المعوية لها قائلا لنفسه : «ربما لو كنت قد نظرت إلى هذه المساحة بدقة شديدة (وفي الحقيقة هناك افتراض لتشوه تشريحي) لكان من الممكن أن تكون حية اليوم» . وعندما ظهر هذا «الشك» بدأ «نبيل» في الشك في كل أحكامه .

وقد وصف «نبيل» في خلال المقابلة - بطريقة رتيبة - إلى أي حد أصبحت قراءة فيلم أشعة «إكس» لصدر عادي مهمة مؤلمة الآن ، لقد فسرت آلافا من أفلام أشعة «إكس» قبل ذلك . . . والآن لا أستطيع أن أنتهي من واحد منها . إنني سأقرأ الفيلم بالطريقة الاعتيادية ، وأتأكد من أنه عادي ، عندئذ سأسأل نفسي : كيف أعرف أنه عادي . . . ، هل الحيز المشتمل على القلب وكل ما في الصدر باستثناء الرئتين Mediastinum يبدو طبيعياً ؟ هل زوايا الأضلاع حادة كما يجب أن تكون ؟ هل هناك أي كسور خفيفة كالخط الشعري ؟ هل هذه هي حلمة الثدي فعلا أو كتلة من الأنسجة الرخوة؟ أصبحت لا أستطيع قراءة فيلم أشعة «إكس» واحد . وقد عرف زملائي أن هناك شيئا ما خطأ ، وطلبت منهم أن يتركونى أقوم بكل الإجراءات الأخرى فيما عدا تفسير أفلام الأشعة .

وأثرت أعراض «نبيل» في أسرته وحياته الزوجية كذلك ، وارتفع اكتئابه خلال

الأشهر القليلة الأخيرة ، وأصبحت مهمة مرافقة زوجته إلى مطعم أو إلى تجمع يضم زملاءه مهمة شاقة . وكان بين «نبيل» وزوجته في السابق رابطة إيجابية وقوية استمتعا بها معاً ، ولكنهما أصبحا الآن بعيدين أحدهما عن الآخر ، إن زوجته تعرف همومه وما يقلقه ، وهي - ككل فرد في عائلته - تفكر في أن هذه الهموم تفاهات لا معنى لها ، وأن موت القريبة هذا كان أمراً حتمياً ، ومع ذلك كان «نبيل» يشعر بالذنب العميق . وقد اختلطت الأعراض القهرية لديه بأعراضه الاكتئابية . وشخص «نبيل» أنه حالة من حالات اضطراب الوسواس القهري . وتلقى علاجاً نفسياً وبالعقاقير (Greist & Jefferson, 1995, p. lf) .

ويبين جدول (٤) توزيعا لأعراض الوسواس .

جدول (٤) : الأعراض الحالية كما قررها ١٨٢ مريضا بالوسواس القهري بوساطة قائمة أعراض مقياس «ييل - براون»

الأعراض الوسواسية	عدد المرضى	٪*
العدوانية	١٢٥	٦٨,٧
التلوث	١٠٥	٥٧,٧
التناسق / الدقة	٩٧	٥٣,٢
الجسمية	٦٢	٣٤,١
الخزن أو التخزين	٥٥	٣٠,٢
الدينية	٤٤	٢٤,٢
الجنسية	٣٦	١٩,٨
متنوعة	١٠١	٥٥,٥

* مجموع النسب المئوية أكثر من ١٠٠٪ لأن لدى كل مريض أكثر من عرض .

انظر : (Antony, *et al.*, 1998).

ويظهر في جدول (٤) عرض الخزن أو التخزين Hoarding ، وقد اتضح من دراسة «فروست» وزملائه (Frost, *et al.*, 1996) أن التـــخزين يرتبط بالدرجات المرتفعة على مقياس «ييل - براون» للوسواس القهري YBOCS (انظر ص ١٢٧) ، وأن التخزين يرتبط بالمستويات المرتفعة من الاضطراب النفسي العام ، وأن التخزين عرض شائع في اضطراب الوسواس القهري . ولكن كشفت الدراسات السابقة أن التخزين يرتبط بخمسة أنواع من الاضطراب كما يلي :

١ - الاضطرابات العقلية العضوية .

٢ - الاضطرابات الذهانية .

٣ - اضطرابات الأكل .

٤ - اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية .

٥ - اضطراب الوسواس القهري .

وفيما يلي حالة نموذجية للخزن أو التخزين .

حالة : الشقة سلة المهملات :

«شادية» فتاة غير متزوجة في الحادية والثلاثين من عمرها ، حولت إلى العيادة عن طريق إحدى معارفها التي أصبحت قلقة من تراكم الأشياء في شقة «شادية» ، وذكرت «شادية» نفسها أنها تحتفظ ببعض الأشياء والمواد المتراكمة والمكومة التي تجعل شقتها بغير نظام ، وذلك لأسباب عاطفية . ولكنها كانت غامضة ، ولم توضح السبب في أن شقتها أصبحت مملوءة بلفات المناديل الورقية ، والسلع المستعملة ، والمواد البالية ، والأشياء التافهة ، والحقائب القديمة ، والصحف القديمة التي تجد صعوبة في التخلص منها . وقد علقت على ذلك بقولها : يبدو أنني أستعمل شقتي «كشيء وسط بين سلة المهملات وحقيبة السفر» .

وقررت أن الموقف الحالي أفضل مما كان عليه الحال سابقاً ، أي : قبل انتقالها حديثاً إلى شقتها الجديدة ، وعندما كانت تستعد للانتقال ، استطاعت أن ترمي نحو ثماني

حقائب قمامة مملوءة بالأشياء التي كانت تتراكم لديها ، وتخلصت منها .

وكان هناك أمر آخر مقلق بالنسبة إلى «شادية» ، وهو صعوبة مواجهتها لمشاعر القلق التي كانت تمر بها أساساً في المواقف الاجتماعية ، بحيث كانت تنزعج من قلقها ، وتخشى أن يلاحظه الآخرون . ونتيجة لذلك فقد تجنبت المواقف التي يمكن أن تكون فيها مركز الاهتمام ، كما كانت تشعر بالقلق في الأماكن المغلقة ووسائل المواصلات العامة المزدحمة كالحافلات (الأتوبيسات) ، وكانت تتضايق وتصبح غير مرتاحة بوجه خاص عندما تقف في الصّف في مخزن للبقالة ، لأنها كانت تخشى بشدة الشعور بأن الآخرين ينتظرونها بصبر نافد وهي تكمل معاملتها . وكانت لديها صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات ، وفي أن تقرر أي شيء خارج النظام الاعتيادي (الروتيني) الرتيب الذي وضعته لنفسها ، كأن تستقل الحافلة (الأتوبيس) إلى العيادة اليوم ، فهذه المواقف تعد بالنسبة لها معقدة بطريقة مربكة .

وكانت هناك أيضاً فترات في حياة «شادية» انشغلت فيها بفكرة متسلطة مفادها إيذاء الآخرين وإلحاق الضرر بهم ، وأدت بها هذه الفكرة المسيطرة إلى القيام بطقوس المراجعة ، وإلى الإغلاق على السكاكين وغيرها من الأشياء الحادة لتمنع نفسها من تنفيذ وساوسها (Greist & Jefferson, 1995, p. 3f) .

وقد أجرى «جينايك» وزملاؤه (انظر : Barlow & Durand, 1995, p. 197) . دراسة على مائة من المرضى ، وتوصلوا إلى أن أكثر الوساوس الشائعة يبينها جدول(٥) .

ويورد «بارلو ، ودوراند» (Barlow & Durand, 1995, p. 197) حالة مريضة صغيرة السن وجذابة ، ولكنها كانت امرأة أخلاقية جداً ، كانت تخاف ركوب الحافلة (الأتوبيس) لأنها كانت تخاف من أنه إذا جلس رجل إلى جوارها فإنها تسيطر عليها فكرة أنها يمكن أن تمسك ما بين فخذيه . وفي الحقيقة فإن ذلك آخر شيء يمكن أن تفعله هذه المرأة ، ولكن الدفعة التي كانت تسيطر عليها كانت مرعبة جداً لدرجة أنها بذلت كل محاولة ممكنة لقمعها ، أو تجنب المواقف التي يمكن أن تحدث فيها هذه الدفعة

المسيطـرة عليهـا مثـل ركـوب الحـافـلات . وتبعـاً لـدراسـات متعـددة يـورد المؤلفـان نفساهمـا (Ibid, p. 68f) أهم الوساوس مع أمثلة لها في جدول (٦) .

جدول (٥) : أكثر الوساوس شيوعاً لدى عينة

من مائة مريض (دراسة جينايك وزملائه)

مضمون الوساوس	النسبة المئوية
١- التلوث	٥٥٪
٢- الدفعات العدوانية	٥٠٪
٣- مضمون جنسي	٣٢٪
٤- انشغالات بالجسم	٣٥٪
٥- الحاجة إلى التناسق والترتيب الكامل	٣٧٪
٦- وساوس متعددة .	٦٠٪

جدول (٦) : أهم الوساوس وأمثلة لها

الوساوس	أمثلة
الشك	إغلاق الأنوار ، إغلاق الأجهزة المنزلية .
التلوث	العدوى بالجراثيم من مقبض الباب والحمامات والنقود .
دفعات حمقاء	الصياح - خلع الملابس في ميدان عام .
جنسية	أفكار فاحشة بذيئة أو صور تخيلية .
دينية	أفكار كافرة .
الإضرار بالآخرين	تسميم شخص أو إيذاؤه .
صور تخيلية مرعبة	أجساد مشوهة .

أسباب اختلاف أشكال الوساوس ومحتواها :

يلاحظ القارئ أن أشكال الوساوس ومحتواها ـ كما وردت في الفقرات السابقة ـ تختلف من دراسة إلى أخرى ، والواقع أننا أمام اضطراب مركب متشعب الجوانب ، ومن المتوقع أن يكشف بعض المرضى عن جوانب محددة ، في حين يكشف آخرون عن جوانب غيرها ، كما أنه من غير المتوقع تماما أن يكشف كل المرضى عن كل الأعراض والعلامات المحددة للاضطراب ، ولكن مهمة الباحث أو الممارس في هذا المجال هي أن يسجل أشكال الاضطراب كما تبدو على عينة المضطربين التي درسها . ومن ثم فليس هناك تضارب بين هذه الدراسات ، ويجدر النظر إليها على أنها زوايا مختلفة لرصد ظاهرة واحدة .

بعض تصنيفات الوساوس

العناصر الأساسية في الوساوس تشمل الأفكار والاندفاعات والصور التخيلية ، واعتماداً على ذلك فقد قسم «ريكمان ، وهودجسون» الوساوس النموذجية مع أمثلة لها في جدول (٧) .

جدول (٧) : الأفكار والاندفاعات والصور التخيلية
بوصفها أنواعا للوساوس مع نماذج لها

أنواع الوساوس	أمثلة نموذجية للوساوس
أفكار	هل قمت بقتل السيدة العجوز ؟
	هل أنا منحرف جنسيا ؟
اندفاعات	يمكن أن أعرض أعضائي التناسلية على الملأ .
	أنا على وشك الصياح بألفاظ بذيئة أمام الجمهور .
	أشعر بأنني يمكن أن أخنق طفلاً .
صور تخيلية	الأجسام المشوهة .
	فرد من أفراد الأسرة أصيب في حادث سيارة خطر .

عن : (Oltmanns & Emery, 1995,p.202) .

وعلى الرغم من أن الدفعات الوسواسية يصاحبها شعور قوي وطاغ بالواقع فإن مرضى الوسواس نادرا ما ينفذون هذه الدفعات (مع الاستثناء المحتمل لدفعات السرقة ، ودفعات التحرش بالأطفال) (Ibid) .

ويصنف «جوزيف وولبى» (Wolpe, 1958,p.90f) الوساوس - اعتماداً على الممارسة العيادية (الإكلينيكية) - إلى نوعين أساسيين كما يلى :

أ - الوساوس التي ترفع من معدل القلق :

يبدو هذا النوع جزءاً لا يتجزأ من الاستجابة الفورية للتنبيه المثير للقلق ، ويكون له آثار ثانوية في اتجاه زيادة القلق ، كالاندفاع الذي يوجد لدى فرد ما ، ويجبره على أن يضرب الناس من حوله ، فعندما يصعد إلى «الحافلة» ، ويدس يديه بثبات في جيوبه ، ليجعلها بعيدة عن المتاعب فإنه يكون في مستوى مرتفع من القلق .

ب - الوساوس التي تخفض من معدل القلق :

يحدث هذا النوع الثاني من السلوك الوسواسي بوصفه استجابة للقلق ، وإجراؤه يخفض من القلق إلى حد ما ، على الأقل لفترة قصيرة ، ويحدث هذا النوع في أشكال عدة مثل : الترتيب ، وغسل اليدين ، والأكل ، والشراء ، وهى نشاطات سوية عادية بطبيعة الحال عندما تسببها الدوافع العادية ، وليس سببها القلق . ومنها كذلك الطقوس كلمس الأعمدة ، والانحرافات كالميول الاستعراضية ، ومختلف النشاطات الفكرية . وفي بعض هذه الحالات يحدث الارتفاع الثانوي للقلق ، استجابة لبعض جوانب السلوك الوسواسى ، ففي حالة الأكل الوسواسي ينخفض القلق بادئ ذي بدء نتيجة للأكل ، ثم يرتفع مستواه استجابة لفكرة أن الفرد سيصبح بدينا .

العوامل المستخرجة من مقاييس الوساوس :

استخلص «هودجسون ، وريكمان» (Hodgson & Rachman, 1977) من تطبيق قائمة «مودسلى» على مائة مريض وسواسي ، المكونات الأربعة الآتية :

١ - المراجعة .
٢ - النظافة .
٣ - البطء .
٤ - الشك .

كما استخرج «سانافيو» (Sanavio, 1988) اعتمادا على التحليل العاملى لقائمة «بادوا» - أربعة عوامل مرتبطة بالخواص الوسواسية لدى كل من الأسوياء والمرضى الوسواسيين القهريين وهى :

١ - نقص السيطرة على النشاطات العقلية .
٢ - التلوث .
٣ - سلوك المراجعة .
٤ - الدفعات غير المقبولة ، والخوف من فقد السيطرة على السلوك الحركى .

(انظر الفصل الخامس لتفصيل القول عن مقياسى «مودسلى ، وبادوا») .

ومن المتوقع عادة أن تختلف العوامل المستخرجة من مقاييس الوسواس القهري ، وذلك لأسباب كثيرة أهمها اختلاف مضمون البنود وعددها من مقياس إلى آخر ، فضلاً عن اختلاف العينات المستخدمة في إعداد المقياس واستخراج نتائجه .

تصنيف «فووا» :

قدمت «فووا» Foa وزملاؤها تصنيفاً لمرضى الوسواس القهري اعتماداً على فئة المنبهات التي تثير القلق ونوع النشاط (معرفي أو ظاهر) الذي يقلل من هذا القلق ، ويهدفون بذلك إلى ربط التصنيف بالعلاج ، فيفترضون أن كل الوسواسيين القهريين يعانون من الأفكار المقتحمة ، والصور المتخيلة ، والدفعات . وهذه الجوانب العقلية يمكن أن تثيرها منبهات خارجية كإدراك المريض مصدر تلوث ، أو قد تظهر دون منبهات خارجية واضحة ، وهناك تفرقة أخرى خاصة بوجود عرض الخوف من حدوث الكوارث أو عدم وجوده ، ومثال ذلك أن فكرة : «هل أقود سيارتى بيقظة ؟» قد ترتبط

بالخوف من إصابة شخص سائر على قدميه وتركه يموت . ومن ناحية أخرى فإن فكرة مقتحمة مثل : «هل يداي نظيفتان ؟» يمكن أن تثير ضيقاً ، مع عدم وجود خوف من أن تكون القذارة مضرة .

واعتماداً على ذلك قسمت «فووا» وصحبها الوساوس إلى أنواع مختلفة كما يلي :

١ - وجود مادة معرفية مقتحمة ، ومنبهات خارجية ، وخوف من وقوع كارثة .

٢ - وجود مادة مقتحمة ، ومنبهات خارجية (وغياب الخوف من الكوارث) .

٣ - وجود مادة مقتحمة والخوف من وقوع الكوارث (وغياب المنبهات الخارجية) .

(McCarthy & Foa, 1990) .

ولقد سبق أن ألمحنا (انظر ص٤٧) إلى أسباب اختلاف الوساوس ومحتواها ، وتنطبق هذه الأسباب ذاتها على تصنيفات الوساوس ، إذ تعتمد هذه التصنيفات على أحد جانبين :الحالات المرضية أو المقاييس النفسية المستخدمة سواء أكان ذلك على المرضى أم الأسوياء . ويتعين النظر إلى ما أوردناه في الفقرات السابقة عن تصنيفات الوساوس على أن كلاً منها يكمل بعضه بعضاً أكثر من كونها تصنيفات متضاربة .

ونقدم فيما يلي أكثر نماذج الوساوس شيوعاً وهو وسواس التلوث .

وسواس التلوث

ربما تكون وساوس التلوث أكثر أنواع الوساوس انتشاراً اليوم ، وهاك وصف لحالة لافتة :

حالة المليونير «هيوز» :

كان «هيوارد هيوز» H. Hughes واحداً من أغنى الأمريكيين وملوك المال النابضين بالحيوية ، وكان منتجاً للأفلام في هوليود ، وطياراً . وخلال النصف الأخير من حياته على الأقل أصيب «هيوز» باضطراب الوسواس القهري ، وكانت أعراضه شديدة وواضحة ، وتركز اضطرابه على العدوى ، فعاش منعزلاً عن العالم مثل ناسك ، ولكنه

كان ـ على عكس معظم الوسواسيين ـ غنياً بما فيه الكفاية ، حيث كان قادراً على أن يستأجر حاشية من الخدم لتنفيذ الطقوس الوسواسية نيابة عنه بدلاً من أن يقوم بها بنفسه . وكان الخوف من الجراثيم ومن التلوث مسيطراً على حياة «هيوز» ، وكتب مذكرات كثيرة شرح فيها بالتفصيل ما كان يريده أن يُنجز حتى يمنع انتقال الجراثيم إليه .

مثال ذلك أنه شرح - في مذكرة من ثلاث صفحات - كيف كان يريد أن تفتح علبة فاكهة لمنع سقوط الجراثيم فيها ، وطلب أن تستخدم تجهيزات خاصة لفتح العلبة ، وكتب قائلاً : التجهيزات المستخدمة في هذه العملية تتكون من البنود الآتية : صحيفة غير مفتوحة ، وفتاحة للعلب معقمة ، وطبق كبير معقم ، وشوكة معقمة ، وملعقة معقمة ، وفرشاتان معقمتان ، وقطعتان من الصابون ، ولفتان من ورق الحمام معقمتان .

أما الطقوس التي وضعها لفتح العلبة فهي في تسع خطوات كما يلي :

إعداد منضدة ، وإحضار علبة الفاكهة ، وغسل العلبة ، وتجفيف العلبة ، وتعقيم اليدين ، وفتح العلبة ، وإخراج الفاكهة من العلبة ، واستبعاد ما سقط حول العلبة ، وإنهاء العملية . ووضع إجراءات معقدة لكل خطوة في هذه العملية ، فمثلاً لغسل العلبة كتب ما يلي :

يقوم الرجل المكلف عندئذ بفتح صمام حوض الاستحمام (البانيو) ، مستخدماً يديه العاريتين في ذلك ، كما يقوم بضبط درجة حرارة الماء بحيث لا تكون حارة جداً ولا باردة جداً ، عندئذ يأخذ إحدى الفرشاتين ، ويستخدم إحدى قطع الصابون ، ويكون رغوة جيدة من الصابون ، عندئذ يحك العلبة من نقطة تبعد بوصتين أسفل قمة العلبة . ويجب عليه أولاً أن ينقع العلبة في الماء ، ويزيل البطاقة أو الورقة المكتوب عليها اسم المنتج ، عندئذ ينظف بالفرشاة الجزء الأسطواني من العلبة مرات ومرات كثيرة حتى يزيل كل جزيئات الغبار وقطع الورق الخاصة ببطاقة المنتج ، وبوجه عام كل مصادر التلوث . ويمسك الرجل بالعلبة من المنتصف طوال الوقت ، ثم يتعامل عندئذ مع قاعدة العلبة

بالطريقة نفسها ، ويكون متأكداً جداً من أن كل شعرات الفرشاة قد نظفت تماماً كل الفجوات الصغيرة الموجودة على محيط قاعدة العلبة ، ثم يقوم عندئذ بشطف الصابون من الجوانب الدائرية ومن قاعدة العلبة .

وقد أدى الخوف المستمر من التلوث لدى «هيوز» إلى سلسلة من الطقوس القهرية التي سيطرت على حياته اليومية وتحكمت فيها . وأصبح في النهاية سجيناً لوساوسه ، محصوراً في غرفاته المعقمة ، ويرى فقط خدمه المختارين . واستأجر خدماً مهمتهم أن يلوحوا بالصحف ليبعدوا الذباب المتخيّل ، وليغسلوا كل شيء يقع تحت البصر ، ويفتحوا الأبواب بأقدامهم فقط .

ومن الواضح أن الطقوس القهرية التي اتبعها «هيوز» تحمل علاقة منطقية مع الوساوس ، فإذا كان هناك خطر منتشر من العدوى بالجراثيم حول الطعام ، فإن الفعل القهري يمكن أن يكون إلغاء هذا الخطر . ولكن فكرته الوسواسية من أن الجراثيم منتشرة هى الفكرة التي تعد غير منطقية (Rosenhan & Seligman, 1995,p.268) .

ووضع «هيوز» نظرية سماها «الفيض العائد من الجراثيم» ، فعندما مات أصدق أصدقائه من مضاعفات التهاب الكبد الوبائي لم يستطع «هيوز» أن يرسل الورود إلى الجنازة ، فقد اعتقد أن جراثيم التهاب الكبد الوبائي يمكن - بطريقة ما - أن تجد طريقها عبر الورد عائدة إليه (Schwartz & Beyette, 1996,p. 23f) . وكان يثبت الصحف على حواف نوافذ سيارته «الرولز رويس» ليحمى نفسه من الجو الملوث (Davison & Neale, 1996,p. 150) . (انظر شكل ٣) .

قام «هيوز» - في حربه الشعواء ضد التلوث في إحدى المرات - بحرق كل ملابسه ، أو بالأحرى كل خيط يملكه من الملابس ، عندما سمع شائعة أن إحدى صديقاته من سنين مضت قد أصيبت بمرض تناسلي ، فكانت كل البدلات والقمصان والسراويل وأربطة العنق مذنبة جميعا ؛ وذلك لارتباطها الغريب بهذه الفتاة ، فلقيت كل الملابس المصير نفسه وهو الحرق .



شكل (٣) : «هيوارد هيوز» المليونير الأمريكي الذي عانى من الخوف الوسواسي من التلوث ، وهو في هذه الصورة في رحلة إلى لندن ، وقد وضع على حواف زجاج سيارته الرولز رويس الجرائد ليحمى نفسه من الجو غير النقي

ويحكى عن «هيوارد هيوز» أنه كان يتناول عشاءه مع الممثلة الشهيرة «جين جرير» في لوس أنجلوس في إحدى الأمسيات ، وعند نقطة معينة في أثناء تناوله الطعام استأذن أن يذهب إلى الحمام ، ولدهشة «جرير» فإنه لم يعد إلا بعد ساعة ونصف ، وعندما عاد إلى الظهور أخيراً فقد تعجبت ؛ إذ رأته منقوعاً في البلل من رأسه إلى أخمص قدميه .

فسألته : ماذا حدث لك بحق السماء ؟ فقال لها «هيوز» : حسنا ، لقد أرقت (أوقعت) بعضا من صلصة الطماطم (كاتشب) على القميص والسروال ، وكان يتعين

عليّ أن أغسلهما على الحوض ، ثم تركتهما حتى يجفا لبرهة ، وعلقتهما على إحدى مشاجب (شماعات) الحمام ، وعندما ارتديت ملابسى حتى أعود ، وجدت أنه لا يمكننى مغادرة غرفة الحمام لأنني لا أستطيع أن ألمس مقبض الباب ، فكان يجب على أن أنتظر حتى يدخل إلى الحمام شخص ما . . . ، ولم تخرج «جين جرير» مع «هيوز» مرة ثانية بعد ذلك قط .

وفي نهاية حياة «هيوز» عام ١٩٧٦ أغرقه اضطراب الوسواس القهري ، وغمره بشكل ساحق قاهر ، وقضى الأيام الأخيرة من حياته في عزلة في شقته في الطابق العلوى من فندق «برنسس» في «أكابولكو» ، حيث عزل نفسه وحبسها في جو شبيه بالمستشفى : مانع لتسرب أي ميكروب إليها ، ترتعد فرائصه من الجراثيم والميكروبات ، سادلا الستائر على كل نافذة حتى يمنع أشعة الشمس من الدخول ، فكان يعتقد أن الشمس يمكن أن تنقل الجراثيم التي يرتعد منها ، وكان الطعام يقدم إليه عن طريق مساعدات يغطين أوجههن وأيديهن بأغطية واقية ، حيث كن يقطعن الطعام ويقمن بوزنه بدقة .

وقد ثارت شائعات كثيرة عن عزلته عن العالم ، ففسرت بالإدمان وسوء استخدام العقاقير ، أو لإصابته بمرض الزهري ، أو الخرف Dementia في سنينه الأخيرة . ولكن الحقيقة أن كل سلوكه الغريب والشاذ يمكن أن يفهم على أنه أعراض حالة شديدة من اضطراب الوسواس القهري . وللأسف لم يكن لهذا المرض علاج ناجع إبان حياة «هيوز» (Schwartz, & Beyette, 1996, p.xif) .

وفيما يتعلق بوسواس النظافة والاغتسال فإنه يقع على متصل له درجات متعددة ، انظر إلى هذه الحالة التي تعد أخف من حالة المليونير «هيوز» بكثير :

حالة أخف :

«نادر» طبيب بيطري يبلغ من العمر ٢٧ عاما ، يصف الطقوس القهرية الشديدة لديه ؛ إذ يتطلب الفعل القهري أن يغسل «التواليت» ثلاث مرات عندما يدخل أي

حمام ، وفي بعض الأحيان يكون مقتنعا بالمرات الثلاث فقط ، ولكن في مناسبات أخرى تكون الحاجة إلى تسع مرات ، أو سبع وعشرين مرة ، أو أكثر من ذلك . ولقد فقد «نادر» السيطرة على هذه الطقوس القهرية التي تربكه أحياناً من الناحية الاجتماعية ، وتعوقه من الناحية المهنية (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 268) .

هذا ولقد ظهرت عواقب جسيمة لدى مرض الاغتسال ، فمن الممكن أن تحدث مشكلات متصلة بالجلد نتيجة الغسل المفرط بالماء ، أو بسبب استخدام منظفات تدخل فيها مواد كاوية (كالصودا الكاوية) (APA, 1994,p. 420) .

تغير مضمون الوساوس عبر العصور

تجدر الإشارة إلى أن محتوى الوساوس قد تغير عبر الزمن ، ففي العالم الغربي في القرن الماضي كانت الوساوس عادة ذات مضمون ديني وجنسي . فيذكر أن «جون بنيان» Bunyan وهو مؤلف من القرن السابع عشر قد هاجمته بشدة وعنف فكرة شريرة تقول له : «بع المسيح» وسيطرت على عقله . «بع المسيح» ، «بعه» . . . «بعه» ، وذلك بأسرع ما يمكن لرجل أن يتحدث . وكان يجيب في عقله ضد هذه الفكرة قائلا : «لا ، لا ، ليس بالآلاف ، الآلاف ، الآلاف» ، وكان يقول ذلك في عقله عشرين مرة على الأقل معا .

وكانت شخصيات دينية مشهورة أخرى في العالم المسيحي تعتقد أنها تعانى من «تلوث العقل» مع «أفكار فاحشة وداعرة بذيئة فضلا عن أفكار بالكفر والإلحاد» ، واعتقاد بأنهم قد ارتكبوا خطايا جنسية ، ويدورون في دائرة بغيضة ومزعجة .

واليوم أصبحت الوساوس المتصلة بالدين والجنس أكثر ندرة إلى حد ما ، وشاعت أكثر : الوساوس المتعلقة بالقذارة ، والتلوث ، والعنف ، والترتيب .

وتجسد إحدى المريضات هذا الاتجاه التاريخي في سير مرض الوسواس لديها ، والذي استمر عبر خمسة وثلاثين عاماً ، فقد استحوذت عليها خلال عشر السنوات

الأولى من المرض فكرة أنها يمكن أن تصاب بالزهري (وهو مرض معد ينتقل عن طريق الجنس ، وله مآل خطر إن لم يعالج ، وينتهي بتآكل أعضاء الجسم وأنسجته) ، فكانت تدعك جسمها وتطهره بشكل متكرر ، وتتخذ احتياطات شاذة حتى تتجنب السير - في الأماكن العامة - على العوازل الطبية condoms المستعملة . ثم اختفى الخوف من الزهري ، وحلت محله وساوس من كونها مصابة بالسرطان ، واستمرت في أن تغسل نفسها وتطهرها مرات كثيرة (Rosenhan & Seligman, 1995,p.267) .

ومن الأدلة الحديثة على أن مضمون الوساوس مرتبط بالسياق الاجتماعي والظروف السائدة في عصر ما ، أن الوسواس الجديد أصبح يرتبط بمرض نقص المناعة المكتسب AIDS (الإيدز) ، وهو ما لم يكن معروفاً في العصور السابقة . ولنا أن نفترض أن الوساوس المرتبطة بالمرض يمكن أن تختلف اعتماداً على نوع المرض الخطر والشائع في عصر ما ، فإن الدرن الرئوي الذي كان مرضاً وبائياً في منتصف القرن العشرين تقريباً يغلب أن يكون موضوع الوساوس في هذه الفترة ، كما كان مرض الزهري كذلك في فترة ما .

إن الوسواس القهري اضطراب نفسي له أعراض مرضية محددة ، ولكن هذه الأعراض ترتبط بمضمون ثقافي معين ، فالاتصال بالفضاء ورجاله وتلقي رسائل منهم على سبيل المثال لم يكن موجوداً في عصور سابقة غالباً بالمعدل ذاته الذي يوجد به الآن ؛ بسبب عوامل عدة من بينها الأفلام السينمائية التي تعالج هذا الموضوع ، والتقدم التقاني الحادث حالياً .

ومن الممكن أن نفترض - في السياق ذاته - أن محتوى الوساوس المتصل بالعنف قد تزايد في العقود الأخيرة بالمقارنة إلى ما كان قبلها . ومن المسوغ أن نفترض كذلك أن مضمون وساوس العنف والعدوان والخوف منهما يمكن أن يتزايد بعد حادث الهجوم على مركز التجارة العالمي في نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية في ١١/ ٩/ ٢٠٠١ .

الوساوس والضلالات

الخط الفاصل بين الوساوس والضلالات Delusions غير واضح في بعض الأحيان ، وقد عرفنا الوساوس وبينا مختلف أنواعها وتصنيفاتها ، أما الضلالات فهي «اعتقادات» زائفة يعتنقها الفرد بقوة على الرغم من تناقضها مع الواقع الاجتماعي . . . وإن أهم ما تتسم به الضلالات أن الآخرين لا يشاركون الفرد فيها ، بل إنها فكرة خاطئة فردية أو سوء تأويل يخص الفرد وحده . وفضلا عن ذلك فإن الضلالات اضطراب في التفكير يتدخل في حسن سير وظائف الفرد (Campbell, 1996, p. 182) . ومن أهم أنواع الضلالات خمسة كما يلي : الاضطهاد ، والتلميح ، والعظمة ، والخاصة بالجسم ، وضلالات التأثير (انظر للتفصيل : كولز ، ١٩٩٢ ، ص ص١٦٩-١٧٠) ، وتضاف إليها ضلالات الغيرة .

إن الوساوس (مثل اعتقاد الفرد بأنه يلوث الناس الآخرين) يمكن أن تصبح - كالضلالات سواء بسواء - اعتقاداً لا يتزعزع لدى الفرد ، إلا أن الأفراد الراشدين المصابين باضطراب الوسواس القهري قد يشكوّن - في وقت معين - في أن وساوسهم أو الأفعال القهرية التي يقومون بها غير معقولة أو مفرطة زائدة ومبالغ فيها ، إنهم سوف يسلمون في النهاية ويذعنون بأن هذه الجوانب التي تشغلهم لا أساس لها من الصحة ، أو أنها مفرطة ومبالغ فيها . أما الضلالات الحقيقية فهي لا تهتز (من وجهة نظر صاحبها) (Nevid, Rathus, & Greene, 1997,p. 210) . ومن أمثلة الضلالات اعتقاد الشخص بأن المخابرات الأمريكية تتابعه ، أو أن الشيوعيين يتجسسون على هاتفه . أما الضلالة بأن شخصاً ما قد وقع في حبك على الرغم من الدليل المقنع على عكس ذلك فيسمى «هوس الغرام» Erotomania ، وهذا غير اضطراب الوسواس القهري ، ويعالج بطريقة مختلفة عنه (Baer, 1992,p.28) .

وقد بحث كل من «كوزاك ، وفوا» (Kozak & Foa, 1994) العلاقة بين الوساوس والتقويم الزائد للأفكار والضلالات في اضطراب الوسواس القهري . ومن

الممكن أن تتداخل الوساوس مع الضلالات . انظر إلى هذه الحالة :

حالة : « أنا مريضة عقليا» :

«ليلى» سيدة في الثالثة والعشرين من عمرها ، أم لولدين ، وتعيش معهما فقط من دون زوج لها ، أحضرتها سيارة الإسعاف وأدخلت غرفة الطوارئ ، وقررت أنها قبل ذلك بساعة تعاطت جرعة زائدة من عقار مضاد للاكتئاب ، واستدعت الإسعاف في الحال لنقلها إلى المستشفى ، ولقد كانت - لدهشة القائمين على حالتها - تبدو متيقظة وذات توجه Oriented ، مع غياب العلامات الخارجية للكرب أو الألم ، وكانت طبيعية فيما يختص بالعلامات الحيوية Vital Signs (معدل النبض ، ومعدل التنفس ، وحرارة الجسم ، وضغط الدم) .

وذكرت «ليلى» أنها تعاطت الجرعة الزائدة من العقار لأنها كانت غاضبة ؛ حيث لم يفعل أي شخص أي شيء لمساعدتها ، وقالت : إنه على الرغم من أنها تستطيع أن تعيش وهى تعرف أنها «مريضة عقلياً» ، فقد طلبت مرات كثيرة أن تجرى لها جراحة تجميل حتى لا تبدو «مريضة عقلياً» ، ولكن لم يرحب أحد بمساعدتها لإجراء هذه الجراحة .

وكشف مزيد من الفحص والمراجعة لسجلات «ليلى» أنه كان لديها معركة طويلة الأمد مع وساوس وقهر متعدد ، إذ تعذبها شكوك ووساوس تثير قلقاً دائماً لديها ، وهى عادة من النوع العدواني ، وتؤدي غالباً إلى طقوس مراجعة شاملة ، وعندما تقود سيارتها فإنها كثيراً ما تتبع المسار الذي سلكته ساعات عديدة لتراجع إذا ما كانت قد سارت فوق شخص ما ، وهى فكرة تقدح زنادها ، وتثيرها ذكرى غامضة للسير فوق شيء مرتفع على الطريق .

وكانت تشعر بأنها لا تستطيع أن تثق في حواسها الخاصة ، وأن ذاكرتها غير موثوق بها . واكتشفت في صباح يوم أن مزلاج الباب مفتوح على الرغم من أنها متأكدة تماماً من أنها قد أغلقت الباب الليلة الماضية ، وأدى بها ذلك إلى أن تستنتج أنها لابد أنها قد ذهبت

خارج منزلها في الليل ، وقتلت شخصاً ما ، وهى فكرة انتابتها ، ولازمتها لما يزيد على العام .

وكانت وساوس «ليلى» من أنها قد آذت شخصاً ما تؤدي بها عادة إلى استدعاء الشرطة ، وتبحث عن جرائم قريبة ، وكانت تصر أحيانا على ضرورة القبض عليها بوصفها مرتكبة هذه الجريمة . كما أنها معروفة جيدا لمعظم مستشفيات الصحة النفسية في المدينة ؛ لأنها تقوم عادة باستدعاء المسؤولين عنها ، وتقرر لهم أن شدة مرضها العقلي يجب التسليم بها ، وأنه يتعين إيداعها في مؤسسة عقلية . وعندما كانت تشعر في الماضي أن السلطات قد تجاهلتها فكثيراً ما كانت تهدد بالانتحار ، وتجرح رسغها جرحاً سطحياً في محاولة ظاهرة كي تجبر السلطات على أن تأخذ أمرها مأخذ الجد .

وعاشت «ليلى» حياة شخصية مضطربة وغير مستقرة ، وانتهى زواجها الوحيد والقصير بالانفصال والطلاق ، ولم تعمل «ليلى» قط ، وربت طفليها من المساعدة التي تقدمها الهيئات الاجتماعية . وكانت علاقتها بأسرتها الأصلية مشكلة ، وتراوحت مشاعرها نحوهم بين الغضب والاتكالية . ومرت بها فترات طويلة من المزاج المكتئب ، اتسمت بمشاعر الخواء والشك الشامل بالنسبة لهويتها ومشاعرها وأهداف حياتها . وكان تشخيصها اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية البيني (Greist & Jefferson, 1995,p. 59f) .

وقد تتداخل الوساوس والضلالات معاً تداخلاً كبيراً إلى حد قد يجعل التفرقة بينهما صعبة بما يمكن أن يؤثر في تشخيص الحالة ، ومن ثم علاجها . انظر إلى هذه الحالة :

حالة : «هل هم يضحكون عليّ ؟» :

«سامي» رجل في السادسة والستين من عمره ، له تاريخ طويل من السلوك التكراري أو المتكرر ، بدأ من اثنتي عشرة سنة تقريبا ، حيث كان يقوم بسلوك العد والتكرار وطقوس اللمس وغسل اليدين ، وعدم القيام بهذا السلوك يؤدي به إلى شعور

بالقلق المرتفع . وكان يقوم بكل سلوك قهري ليعادل أو «يحايد» الأفكار السيئة . وكانت هذه الأعراض تزيد وتنقص Waxed and waned خلال طفولته ورشده .

وعلى الرغم من هذه الأعراض فقد حصل «سامي» على معدلات فوق المتوسط في المدرسة الثانوية والجامعة ، وكان يحتفظ بأعراضه دائما مختفية كما لو كانت مصدر خزى وعار كبيرين . وتزوج «سامي» في الثلاثينات من عمره ، وكانت له حياة مهنية ممتدة وناجحة بوصفه معلماً ، وكان قادراً على إخفاء أعراضه عن زوجته خلال هـذه الفترة .

وفي أواخر الخمسينات من عمره تغيرت نوعية أعراض «سامي» ، فقد بدأ يعتقد - وهو يقترب من سن التقاعد - أن الناس في العمل تضعه في مركز منخفض ، أو تنظر إليه نظرة دونية ، ثم عمم هذا الشعور بالتدريج على كل شخص له علاقة به سواء أكان ذلك في مكان العمل أم غير ذلك .

وعلى الرغم من أن الأعراض القهرية الأخرى لديه ظلت تحت سيطرته النسبية بشكل جيد فقد نشأ لديه نمط سلوكي معقد مفاده قيامه بسؤال الأشخاص الذين يقابلهم عما إذا كانوا يضحكون منه ويهزأون به أو لا . وبطبيعة الحال فإن الأشخاص الذين كان يقابلهم في الجمعية أو مخزن السلع أو في الطريق قد واجهوا هذا السؤال بدهشة واستغراب شديدين . ولكن ظلت الأكثرية العظمى من الناس تستجيب له بطمأنته على أنهم لم يكونوا يضحكون منه أو يهزأون به .

وكان «سامى» يشعر - على الرغم من هذه التأكيدات والتطمينات - بالحاجة إلى المراجعة ، بسؤالهم السؤال ذاته مرات متكررة ، وفي النهاية كان سلوكه يولد إما التسلية وإما الازدراء من المارة أو المشاهدين ، وكان سلوكه أحياناً مؤدياً إلى تعطل حركة المرور ، ففي أكثر من مرة استدعيت الشرطة في هذا الموقف بسبب إلحاحه أو إصراره على هذا السلوك . لقد كان لديه استبصار بأن سلوكه سخيف ، ولكنه كان يشعر بأنه لا يستطيع إيقافه ، وأحياناً كانت الفكرة القائلة بأن الآخرين يسخرون منه ويهزأون به تقترب من

حجم أكبر من قيمتها ، ولكن «سامي» لم تصبه الضلالة Delusion قط .

ولم يكشف الفحص الطبي والنفسي الشامل عن أي دليل على تدخل أي سبب طبي يُحدث هذه الأعراض ، كما لم يتوافر أي دليل على خلل واضح في الوظائف المعرفية لدى هذا المريض .

وأدت أعراض «سامي» إلى توقفه عن العمل ، ومن ثم ظهر صراع كبير مع زوجته ؛ لأنه لم يستطع أن يخفي أعراضه بعد في أثناء بقائه في المنزل . وقد سمح له برنامج شامل للعلاج السلوكي أن يعيد تكوين علاقته وتواصله مع زوجته ، ولكن الشك المستمر ظل يعجزه ، كما ظل يلتمس إعادة الطمأنة ويبحث عنها ، وكان الاستخدام المكثف للعقاقير غير مفيد معه .

وتوضح حالة «سامي» ظهور أعراض جديدة لدى مريض استقر عنده اضطراب الوسواس القهري استقراراً نسبياً سنين عددا . ويشبه التاريخ المبكر لهذا المريض التاريخ المبكر لكثير من مرضى اضطراب الوسواس القهري ؛ فقد نشأت أعراضه وتطورت في المراهقة المبكرة ، واستمرت في مجرى يتذبذب بين الزيادة والنقصان في أثناء الجانب الأكبر من حياته . وفي أواخر الخمسينات من عمره أضيفت أعراض جديدة إلى مجموعة المظاهر المستقرة الخاصة باضطراب الوسواس القهري . وعلى الرغم من النكهة الضلالية (الاضطهادية) لأعراض «سامي» الجديدة فلم يكن هناك دليل على حدوث عملية ذهانية .

وقد يكون تفاقم اضطراب الوسواس القهري لدى «سامى» راجعاً إلى الضواغط الموقفية الخفية التي أحاطت بعمله أو بزواجه . كما تعد حالة «سامى» - ببساطة - مثالاً لعدم إمكان التنبؤ بسير اضطراب الوسواس القهري (Greist & Jefferson, 1995,pp.135-137) .

ملخص

الوساوس أفكار عنيدة تتخذ طابع الإصرار والاستمرار ، ودفعات لفعل أمور معينة ، أو صور عقلية وتصورات يجربها الفرد ويقاسي منها ، ويرى أنها تقتحم فكره وتتدخل فيه ، وأنها غير ملائمة ، وتسبب له قلقاً ملحوظاً .

وللوساوس أشكال عدة منها : أفكار التلوث ، والشكوك المتكررة ، والتردد وعدم الحسم ، وترتيب الأشياء بطريقة معينة ، والدفعات العدوانية ، والتخيلات الجنسية ، وتخيلات لمناظر مرعبة ، والدفعات الحمقاء ، والخزن أو التخزين لأشياء لا قيمة لها . وأكثر نماذج الوساوس شيوعاً وسواس التلوث (حالة المليونير هيوز) . ويقوم الشخص المصاب باضطراب الوسواس القهري بواحد أو آخر من هذه التصرفات : فقد يحاول أن يتجاهل هذه الأفكار والدفعات ، أو يقمعها ، وقد يحاول أن يعادل هذه الأفكار بأخرى ، كمن تسيطر عليه شكوك عما إذا كان قد أطفأ موقد الطهي أو لا ، فإنه يحاول أن يعادل هذه الشكوك ويجعلها محايدة بأن يكرر مراجعته للموقد مراراً وتكراراً ليتأكد من أنه مطفأ .

ومن الملاحظ أن مضمون الوساوس يتغير عبر العصور ، فلعل من الشائع الآن أن ترتبط الوساوس بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ، وهو ما لم يكن موجوداً قبل ذلك . ومن الأهمية بمكان في هذا المجال أن نعرف الضلالات ، وهي اضطراب في التفكير واعتقادات زائفة تتناقض مع الواقع الاجتماعي ، وعلى الرغم من التداخل بين الوساوس والضلالات فإن التفرقة بينهما ممكنة في حالات كثيرة .

ويلاحظ القارئ أن هذا الاضطراب يشمل جانبين أساسيين هما الوساوس والقهر ، ويندر أن توجد الوساوس منفصلة عن القهر ، ولذا نعالج في الفصل الثالث : القهر أو الطقوس القهرية .

* * *

الفصل الثالث

الطقوس القهرية

تمهيد :

عرضنا في الفصل السابق للوساوس بوصفها أفكاراً أو دفعات أو صوراً عقلية تسيطر على ذهن الشخص ، وتشغل تفكيره . ولا تتوقف مثل هذه الأفكار العنيدة الغلابة عند مستوى التفكير وحيز العقل ، بل إنها تنجح غالباً في أن تجد لها منفذاً إلى السلوك الفعلي فيحدث القهر أو الأفعال القهرية . وليتذكر القارئ أن الوساوس أفكار ، والقهر سلوك فعلى يعتمد على هذه الأفكار ؛ أي : أن في الوسواس القهري جانبين :معرفي Cognitive وسلوكي Behavioral ؛ فالوساوس هي العنصر المعرفي ، والأفعال القهرية هي العنصر السلوكي . ومن النادر أن توجد الوساوس منفصلة عن القهر ، ولكن تقسيم معالجة كل منهما في فصلين مستقلين - كما ألمحنا في الفصل الثاني - جاء لتسهيل الدرس ، وننتقل الآن إلى تحديد المقصود بالقهر .

تعريف القهر

أ- المعنى اللغوي :

«القهر في اللغة العربية من قهره قهراً : غلبه . فهو قاهر ، وقهار . ويقال : أخذهم قهراً : من غير رضاهم ، وفعله قهراً : بغير رضا . وأقهر الرجل : صار أمره إلى القهر . والقهرة بضم القاف ، يقال : أخذت فلانا قهرة : اضطراراً . والقهار اسم من أسماء الله الحسنى . والقهار الغالب لا يحد غلبته شيء» (مجمع اللغة العربية ، ١٩٨٥ ، ص٧٩٤) . وعلى الرغم من أن المعنى اللغوي الغالب يشير إلى عنصر خارجي في القهر (كقهر شخص لآخر) فإنه يتضمن أيضا القهر النابع من مصدر داخلي ذاتي متصل بفعل الشيء من غير رضا . والأخير أقرب استخدام للكلمة بوصفها مصطلحا نفسياً علمياً .

ب - المعنى النفسي :

القهر Compulsion سلوك حركي أو عقلي أو انفعالي يتخذ شكلاً متكررا (كغسل اليدين ، وترتيب الأشياء ، والمراجعة) ، والقهر كذلك أفعال عقلية (كالصلاة ، والعد ، وتكرار الكلمات بطريقة صامتة) . ويهدف القهر إلى أن يمنع القلق أو يخفض من الضيق والألم ، ولا يهدف إلى أن يجلب للفرد السرور ولا أن يحقق له الإشباع .

وفي معظم الحالات يشعر الفرد بأنه مدفوع أو مقود إلى تنفيذ الفعل القهري ، وذلك حتى يخفض من الضيق والكرب الذي يصاحب الوسواس ، أو حتى يمنع حادثاً معيناً مفزعاً أو موقفاً مروعاً . ومثال ذلك أن الأفراد المصابين بالوساوس المتصلة بالتلوث ، وبأنهم يمكن أن يصبحوا ملوثين ، يخفضون من الكرب والضيق العقلي الذي يشعرون به عن طريق غسل أيديهم إلى الدرجة التي يتسلخ فيها جلدهم ويصبح مهترئاً ، أما الأشخاص الذين تزعجهم الوساوس المتعلقة بتركهم الباب مفتوحاً فقد ينقادون إلى مراجعة قفل الباب كل بضع دقائق ، وأما الأفراد الذين تضايقهم أفكار غير مرغوبة ومتصلة بعدم احترام المقدسات أو الكفر فقد يجدون راحة في العد من عشرة حتى واحد (١٠-٩-٨-٧ . . .) أو العد مائة مرة تصاعدياً مقابل كل فكرة غير مرغوبة من هذه الأفكار التي تسيطر عليهم .

ويقوم مثل هؤلاء الأفراد في بعض الحالات بتنفيذ أفعال جامدة غير مرنة أو نمطية ، تبعا لقواعد خاصة ومحددة ، دون أن يكونوا قادرين على تقديم سبب قيامهم بها . والقهر - بطبيعة تعريفه - نوعان : إما أنه أفعال مفرطة ومتطرفة بطريقة واضحة ، وإما أفعال غير مرتبطة - بطريقة واقعية - بما وضعت من أجل أن تعادله أي : تجعله محايداً أو تمنعه .

وأكثر أنواع القهر شيوعاً تتضمن : الاغتسال والتنظيف ، والعَدّ ، والمراجعة ، وتطلب التأكيدات ، وتكرار الأفعال ، والترتيب .

ويبقن الراشدون المصابون باضطراب الوسواس القهري - في مرحلة معينة - أن

الوساوس والقهر مبالغ فيهما أو يزيدان على الحد أو غير معقولين ، ولا ينطبق ذلك على الأطفال ؛ لأنهم يفتقرون إلى الوعي المعرفي الكافي للوصول إلى هذا الحكم ، وعلى الرغم من ذلك - وحتى لدى الراشدين - هناك مدى واسع من الاستبصار في مدى معقولية الوساوس والقهر ؛ إذ يشك بعض الأفراد في معقولية الوساوس والقهر لديهم ، في حين يبقن آخرون معقوليتها ، وقد يتغير استبصار أي فرد تبعاً لاختلاف الأزمان والمواقف ، مثال ذلك أن الشخص يمكن أن يؤكد أن قهر التلوث غير معقول عندما يناقشه في موقف آمن كمكتب المعالج ، ولكنه لا يرى ذلك عندما يجبر على أن يتداول النقود . وفي مثل هذه الأوقات عندما يبقن الفرد أن الوسواس والقهر غير معقولين فإنه قد يرغب في المقاومة أو يحاول أن يقاوم ، وعندما يحاول الفرد أن يقاوم القهر فإنه يمكن أن يشعر بارتفاع القلق أو التوتر ، في حين ينتهي القلق ويتوقف التوتر غالبا عندما يستسلم الشخص للقهر . وخلال سير الاضطراب ومجراه فإن الفرد - بعد أن يتكرر إخفاقه في مقاومة الوساوس أو القهر - يستسلم لهما ، ولا يشعر بعد ذلك برغبة في مقاومتهما ، وقد يُدرج القهر ويجعله متضمّنا في «روتين» حياته اليومية .

ولابد أن تسبب الوساوس أو القهر ضيقاً ملحوظاً وكرباً شديداً ، حيث إنهما يستهلكان وقتاً (يستغرقان أكثر من ساعة في اليوم الواحد) ، أو يتدخلان بشدة ويؤثران بقوة في نظام (روتين) حياة الفرد الطبيعية ، أو ما يقوم به من وظائف متصلة بالمهنة أو النشاطات الاجتماعية العادية أو العلاقات بالآخرين .

إن الوساوس أو القهر يمكن أن يحلا محل أنواع من السلوك المؤدية إلى الرضا والإشباع لدى الفرد ، ويمكن أن يتسببان في اضطراب الوظائف العامة للفرد وتمزقها . وحيث إن الأفكار الوسواسية تقتحم عقل الفرد ويمكن أن تشتت انتباهه فكثيرا ما ينتج عنها أداء غير فعال في المهام المعرفية العقلية التي تتطلب التركيز ، مثل القراءة وإجراء العمليات الحسابية . وفضلاً عن ذلك فإن كثيراً من الأفراد يتجنبون الموضوعات أو المواقف التي تثير الوساوس أو القهر لديهم ، ومثل هذا التجنب يمكن أن يصبح شاملاً ممتداً ، ويعوق بشــدة الوظائف العامة المنوطة بالفرد (APA, 1994,p.418f) .

تنبيه مهم :

نسمع عن أشخاص يوصفون بأنهم مقامرون قهريون ، أو لديهم قهر الأكل ، أو قهر شرب الخمر . وعلى الرغم من أن هؤلاء الأشخاص قد يقررون وجود دفعة لا يمكن مقاومتها للمقامرة أو الأكل أو الشرب فإن مثل هذا السلوك لا يُعَدُّ - من الناحية الإكلينيكية - سلوكا قهرياً ، لأن الفرد يقوم به عادة بفرح وسرور ، كما أنه ليس غريبا عن ذواتهم Ego-alien ، ذلك أن القهر الحقيقي ينظر إليه الفرد غالبا على أنه - إلى حَدّ ما - غريب عن شخصيته . فقد استنتج «شتيرن ، وكوب» مثلا أن ٧٨٪ من عينة مرضى القهر ينظرون إلى طقوسهم على أنها «سخيفة أو حمقاء» (Davison & Neale, 1996,p.152) . أما مدمنو الانحرافات عموماً فهم يبحثون عن إشباعها بإرادة واعية ، وتصبح محور حياتهم ، ولا يهدأ لهم بال إلا إذا استجابوا لها على الرغم من معرفتهم بما سيترتب عليها من ويلات لهم ولأسرهم ولمجتمعاتهم .

طبيعة الأفعال القهرية

القهر استجابات للأفكار الوسواسية ، ويتكون القهر من طقوس جامدة متحجرة (كغسل اليدين ، أو المراجعة) أو أفعال عقلية (كالعد ، أو تكرار الكلمات بطريقة صامتة) والتي يشعر الفرد أنه مَسُوق إلى القيام بها استجابة للوسواس . وتهدف الأفعال القهرية إلى منع الضيق والكرب أو التقليل منهما ، كما تهدف أيضاً إلى تجنب حادث مروع . ومع ذلك فإن هذه الأفعال ليست متعلقة - بطريقة واقعية - بما وضعت من أجل أن تمنعه ، كما أن هذه الأفعال مبالغ فيها ، ومسرفة بشكل واضح (Rosenhan & Seligman, 1995,p.267) .

ويحدث في الأفعال القهرية تكرار إجباري إلزامي لفعل معين ، وتكون مثل هذه الأفعال تكرارية ونمطية ، وعندما يُسأل المريض عن السبب في سلوكه ، فإما أنه يقدم بعض التفسيرات التي يعرف أنها غير ذات أساس عقلي منطقي ، وإما أنه قد يعترف بأن

هذه الأفعال سخيفة ولا هدف من ورائها .

ويشعر المريض عادة ببعض الرفض والمقاومة ضد الفعل القهري الذي يقوم به ، ولكن التوتر والقلق يرتفعان إلى أن تصبح الدفعة إلى التكرار لا يمكن مقاومتها ، وإذا منع المريض من القيام بطقوسه القهرية فإن القلق الواضح يظهر (Kolb, 1970,p. 484) .

ولا تشبه الأفعال القهرية بعض أنواع السلوك التي يقوم بها الفرد في ظروف معينة بطريقة «روتينية» جامدة ، لأن القهر تحكمه مجموعة من الترتيبات أو الأوامر ، مثال ذلك أنه لا يعد من السلوك القهري ما يتبعه «موظف الخزينة» من إجراءات معينة لعد النقود في نهاية فترة عمله ، في حين أن القهر يتضمن أن يشعر هذا الموظف بأنه مدفوع داخلياً ليقوم بطقوس معينة عند إجراء هذه العملية ، مثل الرغبة في لمس النقود فقط بيده اليسرى ، والذهاب إلى الحمام لغسل يديه كل مرة يلمس فيها فاتورة قيمتها عشرون دولاراً مثلاً . . . وهكذا (Halgin & Whitbourne, 1993, p. 184) .

وتقلل الأفعال القهرية من القلق ، ولكنها لا تجلب السرور ، ومن ثم فإن بعض أنواع السلوك كالمقامرة واستخدام العقاقير اللذين يُعدهما الناس قهراً ، لا يعدان قهراً حقيقياً تبعاً لتعريف القهر كما بينا . وعلى الرغم من أن بعض الإكلينيكيين ينظرون إلى الطقوس القهرية على أنها مرتبطة بنقص كامل للضبط أو التحكم الإرادي لدى الفرد ، فإن الأدق أن ننظر إلى المشكلة على ضوء التحكم الناقص (Oltmanns & Emery, 1995,p. 202) .

ويورد «كاميرون» تاريخ حالة صبي عمره ١٢ عاماً لديه اندفاع متكرر يجبره على أن ينادي والديه بأسماء داعرة (قذرة) ، وقد حقق هذا الطفل السيطرة على ذلك بقوله لنفسه بصوت مرتفع : «توقف ! توقف !» . وفي حالة أخرى أوردها «كاميرون» عانت سيدة في أواسط العمر من اندفاعات متكررة تحثها على خنق زوجها في أثناء نومه ، ولكنها كانت تتحكم في هذه الدفعات بالذهاب إلى الحمام . كما ذكر «لوغلن» حالة رجل عمره ٢٨ عاماً لديه انشغال وسواسي بالنظافة ،

يصاحبه ميل قهرى لغسل يديه ، وكان هذا الرجل يقوم بغسل مفاتيح الآلات في عمله عن طريق مطهر قوى قبل كل استخدام وبعده ، ويمسك ملابسه الداخلية عن طريق مناديل معقمة ، ويغسل ملابسه بالبخار في المغسلة إذا لمسها شخص آخر ، ويغسل يديه ليقلل من التوتر (Reiss, *et al.*, 1977,p.291) .

وتوجد مجموعة فرعية من مرضى الوسواس القهري تزيد من تقدير الجوانب المعرفية Overvalued ideation ، وتعتنق اعتقاداً قوياً في أن مخاوفها واقعية تماماً ، وأن السلوك الذي يتخذ طقوسا معينة يمنع فعلاً حدوث الكارثة . وعندما سئلوا عن احتمال حدوث العواقب التي يخشون وقوعها في حالة عدم قيامهم بالطقوس الوقائية ذكروا أن هذا الاحتمال يتزايد كثيراً .

وهذا الاعتقاد لا يميز الأكثرية العظمى من الوسواسيين القهريين الذين يعرفون تفاهة مخاوفهم وعدم معقوليتها ، ومن ثم يوردون احتمالاً منخفضاً لحدوث هذه المخاوف ، وذلك على الرغم من القهر الذي يجعلهم يتصرفون كما لو كان الخطر الفعلي موجوداً .

وتقدم «فووا» مثالا لذلك حالة مريضة كانت تخشى أن تصاب بجراثيم سرطان الدم (اللوكيميا) الذي كانت تعتقد أنه يمكن أن يقتل زوجها وأطفالها ، وعلى الرغم من التأكيدات المتكررة من المهنيين المتخصصين بأن مثل هذه الجرثومة غير موجودة فإن هذه المريضة كانت تجد دائماً طرقاً للاستهانة بهذه المعلومات الخارجية ، مؤكدةً اعتقادها بأن مثل هذه الجراثيم موجودة فعلا ، وأنها يمكن أن تنتشر بين الأفراد ، وعندما طلب منها أن تقدر احتمال موت زوجها وأطفالها إذا لم تقم بطقوس الاغتسال الوقائية ، فذكرت : أن هذا الاحتمال = ١٠٠٪ (McCarthy & Foa, 1990,p. 214) .

الطقوس القهرية

يستخدم مصطلح الطقوس Rituals بمعان مختلفة تماما في مختلف التخصصات ، فيستخدم الأنثروبولوجيون مصطلح «الطقوس» للإشارة إلى الاحتفالات Ceremonies

أو المراسم التقليدية في مجتمع معين ، وتضم أي عدد من واحد إلى عدة مئات من الأفراد . كما يستخدم الأنثروبولوجيون مصطلح الطقوس أيضاً للإشارة إلى أنواع السلوك المحددة والنمطية ذات الدلالة الدينية أو الصوفية غالبا .

ومن ناحية أخرى يشير الأطباء أيضاً – من الناحية الوصفية – إلى أنماط مشابهة من الحركات على أنها طقوسية ، بما تتضمنه غالبا من الصراع والمرض النفسي والشذوذ السلوكي (Kolb, 1970, p. 317) .

والطقوس في مجال علم النفس المرضى «سلوك شكلي يصدر في ظروف محددة بوصفه ابتكاراً تلقائياً للفرد الوسواسى القهري» . . . وأما الطقوس المعرفية Cognitive rituals فهي نشاط عقلي يستخدمه مريض الوسواس ليخفض القلق (على العكس من الوسواس ذاته الذي يزيد القلق) (Campbell, 1996,p.635) . ومن الطقوس القهرية الحركة الشهيرة : لمس أعمدة النور ، والامتناع عن السير على الشقوق الموجودة على الرصيف (انظر شكل ٤) .



شكل (٤) : طقوس عدم السير على شقوق الطوار (الرصيف)

إن الأفعال أو النشاطات الطقوسية في الوسواس القهري يمكن أن يقوم بها المريض في محاولة لطرد الأفكار الوسواسية أو القيام بفعل مضاد لها . ومن الناحية العملية فإن مثل هؤلاء المرضى لا يمكن أن ينفذوا أياً من الأفكار المعاودة التي تلح عليهم ، والتي تعد ذات مضمون عنيف أو غير أخلاقي ، وقد يصبحون في حالة خوف شديد خشية أن يفعلوها (Kolb, 1970,p.317) . ولكن ما يملكه الوسواسيون - في هذا الصدد - هو أن يقوموا بطقوسهم القهرية . والطقوس القهرية سلوك قهري ظاهر أو عقلي ، له نمط جامد متسلسل أو يشمل سلسلة من الخطوات ذات بداية ونهاية محددة وقاطعة ، ومثاله طقوس المراجعة التي ينفذ فيها الشخص نظاما محدداً من المراجعات في سياق ثابت لا يتغير . ومعظم أنواع السلوك القهري ذات طقوس لها كيفية محددة (de Silva & Rachman, 1998, p. 19f) . وهناك نوع آخر من الطقوس المرضية يشمل ترتيب الأشياء بطريقة دقيقة جداً لإيجاد حالة من التناسق أو التوازن ، ويسبب اختلاط هذا الترتيب انزعاجاً شديداً (McCarthy & Foa, 1990) .

مثال واقعي لطقوس قهرية :

يوضح المثال التالي طقوساً قهرية متقنة جداً ، أوردها رجل في منتصف العشرينات من عمره ، **وفيما يلي ما يجب أن يفعله عندما ينظف أسنانه ويغسل وجهه كل صباح :**

- ادخل الحمام بقدمك اليسرى أولاً .
- اغلق الباب بيدك اليسرى ، ثم المس مقبض الباب بيدك اليمنى .
- خذ منشفة من المشجب (الشماعة) واحتفظ بها على حافة المغطس (البانيو) بيدك اليسرى ، عندئذ المسها بيدك اليمنى .
- خذ فرشاة الأسنان من الخزانة ، وضعها على حافة حوض غسيل الوجه بيدك اليسرى ، ثم المسها بيدك اليمنى .
- خذ أنبوب معجون الأسنان من الخزانة ، بيدك اليسرى ، عندئذ المسه بيدك اليمنى .
- فك غطاء الأنبوب ، وانزعه بيدك اليسرى ، عندئذ المسه بيدك اليمنى .
- اضغط على الأنبوب ، واعصره لتحصل على ما يكفي من معجون الأسنان ، وضعه

على الفرشاة بيدك اليسرى ، عندئذ المس الأنبوب بيدك اليمنى .

- أعدْ وضع غطاء الأنبوب ، وأغلقه بيدك اليسرى ، عندئذ المسه بيدك اليمنى .
- التقط الفرشاة بيدك اليسرى ، ثم ابدأ عملية التنظيف بالفرشاة : نظف الأسنان اثنتين اثنتين ، من اليسار إلى اليمين ، الصف العلوي أولا ، ثم الصف السفلي بعد ذلك ، من الخارج أولاً ، ومن الداخل بعد ذلك ، كل مجموعة من اثنتين نظفهما ثماني مرات ، عندئذ كرر العملية كلها بالفرشاة في يدك اليمنى ، ثم مرة ثانية بيدك اليسرى ، واتبعها هي نفسها مرة ثانية بيدك اليمنى .
- افتح الصنبور بيدك اليسرى ، ثم المسه بيدك اليمنى .
- اغسل الفرشاة تحت صنبور الماء الساخن ، امسكها بيدك اليسرى ، عندئذ المسها بيدك اليمنى .
- أعدْ وضع الفرشاة في الخزانة بيدك اليسرى ، عندئذ المسها بيدك اليمنى .
- اغسل فمك ، خذ الماء بيدك اليسرى ، ثم بيدك اليمنى .
- انظر إلى صورتك في المرآة أولاً بعينك اليسرى ، ثم بعينك اليمنى .
- ابدأ بغسل وجهك ، استخدم يدك اليسرى في نضح (نثر) الماء على وجهك ، ثم اليد اليمنى .
- ادعك الجانب الأيسر من وجهك باليد اليسرى ، ثم ادعك الجانب الأيمن من الوجه بيدك اليسرى ، عندئذ ادعك الجانب الأيسر من الوجه بيدك اليمنى ، بعد ذلك ادعك الجانب الأيمن من الوجه باليد اليمنى .
- ضع الصابون على الوجه بنفس الترتيب الوارد أعلاه .
- اغسل الوجه ، انثر الماء على الوجه بيدك اليسرى ، ثم بيدك اليمنى .
- انظر إلى نفسك في المرآة ، بعينك اليسرى أولا ، ثم بعينك اليمنى .
- اغلق (الحنفيات) بيدك اليسرى ، عندئذ المسها بيدك اليمنى .
- التقط منشفة بيدك اليسرى ، ثم المسها بيدك اليمنى .
- جفف وجهك بالمنشفة ، جفف الجانب الأيسر ممسكا الفوطة بيدك اليسرى ، ثم جفف

الجانب الأيمن ممسكاً المنشفة بيدك اليسرى ، ثم الجانب الأيسر ممسكا المنشفة بيدك اليمنى ، ثم جفف الجانب الأيمن ممسكا المنشفة بيدك اليمنى .

- انظر إلى نفسك في المرآة ، بعينك اليسرى أولا ، ثم بعينك اليمنى .
- أعد وضع الفوطة على المشجب بيدك اليسرى ، ثم المسها بيدك اليمنى .
- غادر الحمام بقدمك اليسرى أولا .

يتضح من هذا المثال أن الطقوس القهرية ذات طبيعة رتيبة ، وتتخذ نظاماً محدداً ، وتستغرق وقتاً غير قصير . ومعظم السلوك القهري له خاصية طقوسية Ritualistic متعلقة به ، ولذلك يستخدم مصطلح «الطقوس» للإشارة إلى السلوك القهري (de Silva & Rachman, 1998,p. 20f) .

الوصف الإكلينيكي للأفعال القهرية

تتضمن أكثر أنواع القهر شيوعاً : غسل اليدين ، والنظافة ، والعد ، والمراجعة ، واللمس ، ويرتبط قهر النظافة عادة بالخوف من التلوث ، ويخاف المرضى أن يصبحوا ملوثين ، ومن ثم ينظفون منازلهم وأنفسهم وأطفالهم ، وكلما لمس مثل هؤلاء المرضى أي شيء يمكن أن يكون ملوثا (كمقابض الأبواب ، والناس الآخرين ، والطعام) يتعين عليهم أن يغسلوا أيديهم وأذرعهم ، ويكون ذلك عادة لعدة دقائق ، أو يأخذون حماماً . إن هذه الأفكار لدى بعض المرضى يمكن أن تثير طقوس الاغتسال والنظافة .

ويحاول المرضى الوسواسيون والقهريون عادة أن يتجنبوا المواقف التي تثير الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية . ويرتبط سلوك التجنب Avoidance هذا بنوع الاضطراب لديهم ، فقد يذهب المرضى بطقوس النظافة إلى مدى بعيد لمنع التلوث (Emmelkamp, 1992) . ويبين جدول (٨) أهم الأفعال القهرية مع نماذج لها .

جدول (٨) : السلوك القهري ونماذجه

الفعل القهري	أمثلة
العد	أعداد أو حروف معينة ، وأشياء أخرى في البيئة كأعمدة النوافذ أو أعمدة النور أو عدد طوابق المنازل أو أرقام السيارات .
المراجعة	الأقفال ، والأجهزة المنزلية ، وأوراق مهمة ، وسلة المهملات .
الاغتسال	الأيدي بوجه خاص ، والاستحمام .
الاحتفاظ والتخزين	الصحف ، والملابس القديمة ، وأشياء تافهة ، والزجاجات والعلب الفارغة ، وأجهزة قديمة لا تعمل .
التكرار داخلياً	جمل أو عبارات ، وكلمات ، ولحن موسيقي ، وأعداد . . .
الالتصاق بقواعد أو ترتيب معين	تأكيد التناسق ، والأفكار الطقوسية ، والالتصاق بنظام (روتين) معين في النشاطات اليومية .

انظر : (Barlow & Durand, 1995,p. 87) .

وفيما يلي أمثلة واقعية لبعض الأفعال القهرية :

* تطورت في ذهن امرأة فكرة أن هناك احتمالاً لوجود زجاج مكسور في طعامها ، فكان من الضروري عليها قبل أن تأكل أن تغربل أو تنخل كل شيء في الطبق الخاص بها لتتأكد من أنه لا يوجد به زجاج مكسور .
* وحالة مشابهة لرجل كان لا يستطيع أن يشرب قهوته لخوفه من أن دبوساً يمكن أن يكون قد سقط فيها ، فكان يسكب القهوة من الفنجان إلى كوب آخر مرات عدة ليتأكد تماماً من أنه لا يوجد في القهوة أي دبوس (Kisker, 1977,p.202) .

وترتبط الطقوس القهرية والتجنب أحياناً بالغيرة المرضية التي يمكن أن تصيب أياً من الجنسين ، ويمكن أن تتسبب الغيرة في الفحص المتكرر لملابس القرين (أو القرينة) وخصوصياته الأخرى للبحث عن علامات الخيانة ، فضلا عن التدقيق والمراجعة المتكررين لتصرفات الزوج من قبل زوجته أو العكس .

مثال لحالة غيرة مرضية :

«ميرفت» امرأة في التاسعة عشرة من عمرها ، كانت تخاف من أن ينظر زوجها إلى امرأة أخرى ، فكانت تطلب منه إعادة طمأنة وتوكيد في شكل طقوس ثابتة ، وتصر «ميرفت» على أن يحدثها هاتفياً من العمل ليؤكد لها أنه لم ينظر إلى امرأة . وكان القلق والانشغال بهذا الأمر يمنعهما من زيارة أماكن يمكن أن يوجد بها نساء جذابات (كالبارات والديسكو والحفلات ودور السينما) ، كما يمنعهما من النظر إلى أصدقاء معينين ، أو من مشاهدة برامج معينة في التلفاز ، أو من النظر إلى صور النساء في الصحف والمجلات (Marks, 1987, p. 429) .

إن الفرد الذي يكرر فعلاً معيناً بشكل مستمر يخاف عواقب رهيبة إذا لم يقم بهذا الفعل ، وأحيانا يتحقق القهر فقط عن طريق القيام «بحفلات» متقنة تستغرق ساعات وأحياناً معظم اليوم ، مع تجنب موضوعات معينة ، كالابتعاد عن أي شيء له لون بنى ، والقيام بممارسات «سحرية» وقائية مكررة كالعد أو النطق بأعداد معينة ، أو لمس تعويذة أو جزء معين من أجزاء الجسم . ويمكن أن تكون هذه الطقوس في المراجعة كما يلي : العودة إلى الوراء سبع خطوات أو ثمان للتأكد من أن الأفعال التي نفذت قد تمت فعلاً مثل : إطفاء الأنوار ومواقد الغاز ، والتأكد من أن الصنبور قد أقفل ، وأن أقفال النوافذ مثبتة ، والأبواب موصدة . وتتخذ الأفعال القهرية أحياناً شكل القيام بفعل ما كالأكل ببطء شديد (Davison & Neale, 1996,p.150f) .

أشكال الأفعال القهرية وتصنيفها

درس «أخطر» وصحبه (Akhter, *et al.*, 1975) محتوى الوساوس (انظر الفصل الثاني) وكذلك القهر ، فحددوا شكلين للأفعال القهرية كما يلي :

١ - **الاستسلام للأفعال القهرية** : ظهر أن الدفعات القهرية أفعال قسرية اضطرارية لدى ٦١٪ من المرضى ، مثال ذلك كاتب إدارى في التاسعة والعشرين من عمره سيطرت عليه فكرة أن لديه وثيقة مهمة في أحد جيوبه ، وكان يعلم أن ذلك ليس صحيحاً ،

ولكنه كان يجد نفسه مجبرا على أن يراجع جيوبه مرة تلو الأخرى .

٢ - **التحكم في الأفعال القهرية** : تحدث لدى هؤلاء المرضى (ونسبتهم ٦٪) أفعال تلهيهم وتحول انتباههم ، وتسمح لهم بالتحكم في الدفعة القهرية والسيطرة عليها دون الاستسلام لها . مثال ذلك صبي في السادسة عشرة من عمره لديه دفعات متعلقة بغشيان المحارم (سفاح ذوى القربى الذين تحرم الشرائع الزواج بهم) ، فكان هذا الصبي يسيطر على القلق الناجم عن هــذه الدفعة بأن يقوم بعد الأعداد حتى عشرة بصوت مرتفع وبشكل متكرر . ويلخص جدول (٩) نتيجة هذه الدراسة .

جدول (٩) : الأفعال القهرية وأمثلتها في دراسة «أخطر» وصحبه

الأفعال القهرية	مثالها
١- الاستسلام للأفعال القهرية .	هناك وثيقة مهمة في أحد جيوبي فلأفتش عنها .
٢- التحكم في الأفعال القهرية .	جماع الأقارب والسيطرة عليه بالعد من ١-١٠ .

ويبين جدول (١٠) نماذج للأفعال القهرية مع نسبتها المئوية .

جدول (١٠) : الأعراض القهرية الشائعة وتكراراتها

لدى عينة من المرضى (ن = ٢٠٠)

الأفعال القهرية	٪
المراجعة	٦٣
الاغتسال	٥٠
العد	٣٦
الحاجة إلى التساؤل أو الاعتراف	٣١
التناسق والدقة	٢٨
التخزين والاحتفاظ	١٨
قهر متعدد	٤٨

ويبين جدول (١١) نتائج دراسة أحدث .

جدول (١١) : الأفعال القهرية الحالية كما قررها ١٨٢ مريضا بالوسواس القهري بوساطة قائمة أعراض مقياس «ييل - براون»

الأفعال القهرية	عدد المرضى	٪
المراجعة	١٤٧	٨٠,٧
الاغتسال	١١٦	٦٣,٧
التكرار	١٠١	٥٥,٥
الترتيب / التنظيم	٧٣	٤٠,١
العد	٦٤	٣٥,٢
التخزين	٥١	٢٨,٠
متنوعة	١٠٨	٥٩,٣

عن : (Antony, *et al.*, 1998) .

تعقيب :

تتخذ الأفعال القهرية التي تصبح طقوساً لدى المرضى بهذا الاضطراب أشكالاً شتى ، وحيث إننا أمام اضطراب مركب متعدد الجوانب فإن الأفعال القهرية ذات تنوع كبير ، وليس من الضروري أن تظهر كل الأعراض لدى كل المرضى . ومن هنا يحدث الاختلاف الذي يلاحظه القارئ في الأعراض الواردة في الجدولين (١٠ ، ١١) . وبالإضافة إلى ذلك فإن النتائج الواردة في هذين الجدولين مستمدة من عينتين من المرضى تختلفان في عدد غير قليل من العوامل كالعمر والجنس والتعليم والمهنة وحدة المرض وإزمانه ، وطريقة تقدير الأعراض . . . وغير ذلك .

وعلى الرغم من هذه الفروق فمن الملاحظ أن الأعراض القهرية مشتركة بين هذين الجدولين فيما يلي : المراجعة ، والاغتسال ، والعد ، والتخزين أو الاحتفاظ ، والترتيب

والتنظيم (مقابل التناسق والدقة في جدول ١٠) . ومن الممكن النظر إلى هذه الأعراض على أنها أعراض قهرية أساسية ، وما خلاها من الأعراض فإنه يمكن أن يوجد في مجموعة من المرضى وربما لا يوجد . ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى إمكانية حدوث أعراض قهرية أخرى لدى مجموعات أخرى من المضطربين بالوسواس القهري .

حالة : قهر المراجعة :

«عامر» مهندس كيميائي ناجح ، حثته زوجته «دلال» وهي صيدلانية للبحث عن مساعدة بالنسبة لبعض سلوكياته غير الطبيعية التي وجدت أنها أصبحت مزعجة بشكل متزايد . وكان «عامر» لديه فعل قهري خاص بالمراجعة ، فعندما كانا يتركان الشقة كان يصر على العودة للتأكد من أن الأنوار مطفأة وصنابير الغاز مغلقة ، أو أن أبواب الثلاجة مغلقة . وكان يعتذر عند المصعد أحياناً ، ويعود إلى الشقة لتنفيذ طقوسه . وأحياناً كان قهر المراجعة (أو الفعل القهري الذي يدفعه إلى المراجعة) يلح عليه وهو في «الجراج » ، وكان يعود إلى الشقة ، تاركاً دلال تستشيط غضباً . وأما الاستمرار في الإجازة فقد كان صعباً لـ «عامر» بوجه خاص ، فكانت الطقوس تشغل الجانب الأكبر من صباح يوم السفر ، وحتى بعد ذلك تظل الشكوك تطارده وتزعجه وتعذبه .

وقد حاولت «دلال» أن تتوافق مع نظام (روتين) «عامر» الليلي ، حيث يهب من السرير ليراجع الأبواب والنوافذ . ولقد نفد صبر «دلال» ، وأيقن «عامر» أن سلوكه يفسد علاقته بزوجته ، فضلاً عن أن هذا السلوك يسبب له الضيق والكرب . ومع ذلك فقد كان معارضاً في طلب العلاج مقاوماً لذلك . وأعطى موافقة شفهية على أنه يود التخلص من عاداته القهرية ، ومع ذلك فقد كان يخاف أيضاً من أن التنازل عن أفعاله القهرية يمكن أن يتركه أعْزل ودون دفاع ضد القلق الذي تساعده على تهدئته (Nevid, Rathus, & Greene, 1997,p.210) .

وأكثر الأفعال القهرية شيوعاً هي الاغتسال والتنظيف ، تليها المراجعة ، ونوع فرعي من المراجعة هو تكرار الأفعال مرات متعددة . والمكررون Repeaters مثلهم في ذلك

مثل المراجعين Checkers يقومون بطقوسهم حتى يمنعوا كارثة من الوقوع ، ولكنهم يختلفون عن المراجعين في أن طقوسهم ليست مرتبطة ارتباطاً منطقياً بالعواقب التي يخافون من وقوعها . فإذا كان شخص ما يخاف من السطو على منزله ليلا فإن مراجعة الأبواب والنوافذ فعل منطقي ، ولكن ارتداء الزوجة الملابس وخلعها لتمنع موت زوجها ، من الواضح أنه أمر يفتقر إلى المنطق (McCarthy & Foa, 1990) . ولكن كثيراً من المؤلفين يدمجون عنصري المراجعة مع التكرار . ونعرض في الفقرة التالية للتنظيف والمراجعة .

التنظيف والمراجعة من أهم الأفعال القهرية

عد بعض الباحثين المراجعين Checkers (وهم من يقومون بالمراجعة المتكررة والتفحص) والقائمين بطقوس الاغتسال Washers فئات فرعية مختلفة لاضطراب الوسواس القهري ، وتعتمد هذه الفروق على كل من الأساليب المعرفية ، والمتغيرات الاجتماعية ، والاستجابة العلاجية . في حين يعتقد باحثون آخرون أن اضطراب الوسواس القهري يشتمل على مجموعات فرعية أكثر كالمراجعين ، والقائمين بالاغتسال ، والوسواسيين بصورة نقية ، وأصحاب البطء الوسواسي . وقد نشر «خانا ، وموخيرجي» (Khanna & Mukherjee, 1992) دراسة عنوانها : «المراجعون والغسالون : فئات فرعية صادقة لاضطراب الوسواس القهري» ، أجريت على ٤١٢ مريضاً بالوسواس القهري . (جمعت هذه المجموعة في الفترة بين عامي ١٩٧٥ ، و١٩٨٤) ، وظهر أن هناك ثلاث فئات فرعية كما يلي :

أولاً : ١٢٣ مريضاً من فئة المهتمين بالاغتسال .

ثانياً : ٧٠ مريضاً يركز على المراجعة .

ثالثاً : ٨٩ مريضاً مختلطاً يركز على الاغتسال والمراجعة .

ويغلب أن يكون القائمون بالمراجعة غير متزوجين ، ذكوراً ، أصغر سناً ، بدأ

المـرض عندهــم بداية مـبكرة ، وإذا كـانوا متـزوجين فـإن المرض يغلب أن يكون قـد بدأ لديهم قـبل الزواج . ويغلـب أن تكون المجـموعـة المختلـطة من الإناث اللاتي تكوّن شكلاً مختلفاً عن مجموعة المراجعين . ونعرض فيـما يلي للفئتين الـرئيستين للأفعال الـقهرية ، ونبـدأ بأولاهما .

أولاً ـ التنظيف والاغتسال :

يرتبط التنظيف Cleaning القـهري غالباً بالمخاوف غيـر المعقـولة من التلوث ، وفي هذا الخصوص فإنه يحمل تشابهاً كبيراً مع مخاوف شاذة Phobias معينة . وهناك ملامح سلبية وأخرى إيجابية في التنظيف القـهري ، فإن المرضى بالتنظيف القـهري يسلكون طريقاً يتـجنبون فيه الاتصال بالقـاذورات والجراثيم وغيرها من المصادر الأخرى للتلوث ، وعندما يعتقدون أنهم قد اتصلوا بمصـدر من مصادر التلوث فإنهم ينشغلون عندئذ بسلوك مـرتبط بطقـوس النظافة ، كغسل أيديهم ، وأخـذ حمـام ، وتنظيف منضـدة المطبخ . . . وهكذا . وتتضمن هذه الطقوس - بشكل نمطي - عدداً كبيراً من التكرارات .

وقـد يغسـل بعض النـاس أيديهم في اليوم الواحـد خمسين مرّة ، ويسـتغـرقـون دقائق كـثيرة في حك أيديهم وغسلها حتى الكوع بالمنظفات الصناعية القـوية ، في حين يأخـذ آخـرون حـمامـاً يسـتغـرق ساعتين أو ثلاث سـاعات ، بحيث يغسلون كل جـزء مـن أجسامهـم بترتيب ثـابت ، ويحتـاجـون إلى تكرار حـركة الحك عـدداً محـدداً من المـرات (Oltmanns & Emery, 1995,p.202f) .

حالة نموذجية لعرض الغسل :

«شيـمـاء» فتاة عزباء في الثالثة والعشرين من عمـرها ، كـاتبة في بنك ، ظلت مـدة خمس سنوات قلقـة ومشغـولة بفكـرة أنها يمكن أن تصبح حاملا في أثناء العناق والقبلات على الرغم من أنهـا عـذراء . لقد أصبـحت «شيـمـاء» خائفـة أن تدخل إلى الحمام بعـد أن يدخله صديقـها خـشية أن تصبح «حاملا» منه . وبالإضـافة إلى ذلك فـقد ظلت «شيماء» مدة ثمـانية عـشر شهـراً تخاف من أن تتحـول شامـة (حسنة) wart صغيرة في إصبعـها إلى

سرطان ، فكانت تتجنب أي أشياء أو مواد قد تجعلها ملوثة «بجراثيم السرطان» ، وكانت تخشى من أن تنتقل مثل هذه الجراثيم إلى أسرتها عن طريق إصبعها ، وبدأت «شيماء» تغسل كثيراً جداً ، فكانت تغسل يديها ١٢٥ مرة كل يوم ، مستخدمة ثلاث قطع من الصابون كل يوم ، وتأخذ حماما مدته ثلاث ساعات ، وتغسل شعرها بشكل متكرر خوفاً من التلوث بجراثيم مسببة للسرطان ، ولأن السرطان يمكن أن يستغرق وقتا طويلا حتى يظهر فإن «شيماء» كانت تشعر أنها لا يمكن أن تتأكد من أنها آمنة تماماً (Marks, 1987,p.428) .

هناك حالة امرأة كانت تغسل يديها مائة مرة في اليوم ، حتى أصبحتا مسلوخاً جلدهما وداميتين ، وكانت تنفق مبلغاً كبيراً من المال لتشتري الكمية الضخمة من الصابون الذي تستخدمه ، ومن ثم قامت بسرقتها من محل ، وعندما قبضت الشرطة عليها لم تستطع أن تسجل بصمات أصابعها لأن البصمات ضاعت في عملية الغسل .

ويعمد كثير من المرضى إلى تقييد مناطق تحركهم نتيجة الخوف من التلوث أو من الضرر أو الأذى ، فيحصرون أنفسهم في أماكن قليلة آمنة ، فقد تستخدم حجرة واحدة أو حجرتين من المنزل ، أما بقية الحجرات فتغلق سنين طويلة لأنها تبدو ملوثة . وقد ينتقل المرضى من منزل إلى آخر كل أشهر قليلة لأن كلا منها يبدو أنه أصبح قذراً ، ويسبب هذا الانتقال تشتيتاً ومشكلات مالية .

لقد امتنع أحد المرضى تماماً عن استخدام الحمام في منزله لأنه ملوث ، وبدلا من ذلك كان يركب سيارته ويقودها إلى مكان آمن يستطيع فيه أن يقضي حاجته ، كما كان لا يطيق الجنس ، لأنه يبدو عملية قذرة ، وكان يستحيل أن يصافح أي شخص خوفاً من التلوث . وكان مرضى آخرون يرمون ملابسهم ويتخلصون منها بعد لبسها مرة أو مرتين فقط لأنهم يشعرون بأنها أصبحت قذرة (Marks, 1987,p.434f) .

ومن أمثلة الفعل القهري المتصل بالنظافة والاغتسال أن امرأة كانت تغطي مقابض الأبواب في منزلها بقطع من الورق لتحفظها من أن تصبح ملوثة ، وحالة أخرى كانت

تغسل يديها مرات ومرات حتى يصبح جلد يديها أحمر متسلخاً . وكانت تلبس قفازات دائماً ، وذلك حتى تحمي نفسها من الميكروبات والجراثيم الموجودة في الأشياء التي لمسها الآخرون (Kisker, 1977, p.202) .

من الواضح إذن أن الطقوس القهرية المتعلقة بالنظافة ترتبط عادة بالخوف من التلوث ، فيخاف المرضى من أنهم قد يصبحون ملوثين ، ومن ثم ينظفون منازلهم وأنفسهم وأطفالهم . وكلما لمس مثل هؤلاء المرضى أي شيء يمكن أن يكون ملوثا (مثل : مقبض الباب ، الناس الآخرين ، أو الطعام) يجب أن يغسلوا أيديهم وأذرعهم ، وغالباً ما يكون ذلك لمدة دقائق كثيرة ، أو يأخذون حماما ، وقد تثير الأفكار وحدها لدى بعض المرضى طقوس الاغتسال والنظافة (Emmelkamp, 1987) .

ومهما كان الشيء الذي يلمسه المريض فإنه واثق من أن مجرد اللمس يجعل يديه ملوثتين ، وحيث إنه ليس في مقدوره أن يتجنب لمس الأشياء إلا قليلا ، فإنه يتعين عليه أن يكرر غسل يديه ، وبما أن كل شيء هو مصدر ممكن للتلوث ، فإن المريض يمكن أن يفزع إلى طرق معقدة ، ويلجأ إلى وسائل متعبة لتجنب لمس الأشياء . فقد يفتح الأبواب بمرفقه ، أو يمسك الأشياء بقفاز (جوانتي) أو بأي شيء يغطي به يديه . وكان أحد المرضى يغسل كل يوم سبت المقعد الخشبي الذي يتوقع أن يجلس عليه في اليوم التالي في الكنيسة . ونتيجة لهذا التوتر والانشغال وغسل اليدين الذي لا يمكن مقاومته ، فيمكن أن تدمر قدرة الشخص على أن يشغل عملا يتكسب منه (Kolb, 1970,p. 485 f) .

ثانياً - المراجعة القهرية :

تتضمن طقوس المراجعة Checking الإعادة ، سواء أكانت الأبواب والنوافذ مغلقة أم لا ، وسواء أكان فرن الغاز مغلقاً أم لا . وعند مغادرة المنزل فإن عدداً من المراجعين Checkers سوف يعودون إليه مرات كثيرة ليروا إذا ما كان كل شيء على ما يرام ، وقد يحدث سلوك المراجعة أيضاً في مواقف أخرى ، كأن يعود السائق أدراجه ليرى هل حدث حادث ؟ أو أن يعود الموظف إلى مكتبه ليرى إذا ما كان شخص ما قد أغلقت عليه

دورة المياه ؟ . . . وهكذا . وتؤدى طقوس كل من الاغتسال والمراجعة إلى تجنب المواقف التي يحتمل أن تثير هذه الطقوس (Emmelkamp, 1987) .

وتمثل المراجعة القهرية عادة محاولة لتأكيد أمان الفرد أو تحقيق الأمان والصحة لصديق أو لفرد من أفراد الأسرة ، فيقوم الفرد بمراجعة الأشياء مرات ومرات تالية في محاولة لمنع حدوث حادث متخيل غير سار أو حادثة صدمية أو كارثة أو مرض . ويذكر «ريكمان ، وهودجسون» الأمثلة الآتية لطقوس المراجعة :

أ - امرأة متزوجة عمرها ٣٤ عاماً ، لديها طقوس المراجعة التي يثيرها الاتصال بالآخرين ، والنظر إليهم أو التحدث معهم أو إعطاؤهم طعاماً ، يؤدى ذلك إلى سلوك المراجعة حتى تتأكد من أنه لم يصبهم أي ضرر أو أذى .

ب - مدرسة في الروضة عمرها ٤٠ عاماً ، تقوم بمراجعة شاملة للتأكد من أن كل البسط والسجاد مسطح أو ممهد ومنبسط تماما حتى لا يتعثر فيها أي شخص ، وكانت تقضى فترات طويلة تبحث فيها عن الإبر والدبابيس أو المسامير على الأرض وفي الأثاث ، كما كانت تقوم بمراجعة متكررة للتأكد من أن كل السجائر والثقاب قد أطفئت (Oltmanns & Emery, 1995,p. 202 f) .

وفيما يلي حالة واقعية أخرى :

حالة : كابوس العد :

«بدور» امرأة في أواخر الأربعينات من عمرها ، كانت تطمح في أن تصبح محامية ، ولكنها طرحت هذا الهدف جانباً ، إذ كان يزعجها - منذ المراهقة المبكرة - وسواس الأرقام ، وقهر يتكون أساسا من العد . وقررت أيضاً وجود بعض الأعراض الاكتئابية ، ناتجة - في المقام الأول - عن الاضطراب القهري وبعض المشكلات الأسرية الجارية . ولم تكن «بدور» قلقة بشكل خاص خلال المقابلة الأولى ، وذكرت أن الأعراض القهرية لديها مستمرة ، ولا يبدو أن هناك ضاغطا من نوع خاص يفسر إلحاح هذه الأعراض عليها .

و«بدور» مطلقة ، وتعيش الآن وحدها ، وهى في صحة جيدة بوجه عام ،

وليس لديها تاريخ حاضر أو ماض من سوء استخدام العقاقير ، وبالإضافة إلى ذلك فليس لديها تاريخ من التدخل الطبي أو الطبي النفسي لشكاواها الحالية ، وذكرت أنه حتى الآن لا أحد يعلم عن قيامها بالعد فيما عدا ابنتها .

وكان الاتصال بالعين ، وزمن الاستجابة ، واستمرار الأفكار ، والانتباه كله ممتازاً خلال المقابلة مع «بدور» ، وكان من الصعب أن يُفهم ماذا تعنيه «بالعد» ، ولكنها أكدت للقائم بالمقابلة أن هذا «العد» يحدث حتى وهى تتحدث ، وعندما طُلب من «بدور» أن تعطى نموذجاً لأعراضها أصبح الضيق واضحاً عليها : «دكتور ، إنني أعد كل شيء ، في أي مكان ، فعندما أرى الأشياء في سلسلة أشعر أنني أحتاج إلى أن أعرف بدقة كم عددها» .

وعندما طُلب منها أن تذكر مثالا محدداً ، أشارت إلى الحائط - بعد قليل من التردد - وقالت : «أعلم كم شهادة دبلوم معلقة هناك» ، وكانت تواجه الحائط مباشرة خلال هذه المقابلة القصيرة . وبدا للقائم بالمقابلة - أن عد عدد الدبلومات ليس مهمة صعبة ، وقبل أن يتمكن القائم بالمقابلة من تقديم هذه الملاحظة استمرت «بدور» قائلة : «إنني أيضا أعلم كم سماعة في سقف الغرفة ، وكم شريحة في مصراعي النافذة ، وكم عدد الخطوط في قميصك ، وفي هذه اللحظة أنا أقوم بعد الكتب في الرف العلوى للمكتبة هناك» .

وتقدمت المقابلة بطريقة سلسة جداً ، ولذا ظهر السؤال بشكل طبيعى : هل تستطيعين في الحقيقة عمل ذلك ؟ وعندما سئلت «بدور» عن عدد الخطوط في قميص القائم بالمقابلة ، أجابت بشكل صحيح ، وأضافت : وكذلك العدد الموجود من الكتب في الرف العلوي للمكتبة ، وكان صحيحا ، وفيما يختص بعدد شرائح مصراعي النافذة كانت صائبة كذلك .

وعندما ضغط القائم بالمقابلة على «بدور» لتقديم تفسير ظهر جلياً أنه لا توجد طرق سحرية للعد الذي تقوم به ، لقد كانت لديها رغبة كي تعرف العدد الصحيح ، وكي

تتذكره أطول مدة ممكنة ، وقالت : «بعد أن أقوم بعد شيء ما مرة واحدة ، يتعين عليّ أن أقوم بعده مرات ومرات إلى أن أتأكد أن العدد صحيح» ، وكانت هذه عملية مرهقة ومزعجة لها .

وتحقق حالة «بدور» معايير اضطراب الوسواس القهري ، لقد كان لدى المريضة تاريخ طويل من الرغبة الوسواسية لمعرفة أعداد الأشياء في بيئتها ، والتي أدت إلى طقوس قهرية لا تنتهى من العد والمراجعة . وكانت مجبرة على مراجعة عدد الأشياء التي قامت بعدها وإعادة مراجعته لتطمئن نفسها بأن العدد الإجمالي صحيح .

ومن الشائق أن نشير إلى أن الطقوس القهرية يمكن أن تكون عقلية بشكل كلى كما في حالة «بدور» . وتكون التفرقة بين الوساوس والقهر العقلى في أن الوساوس تميل إلى أن تكون رافعة للقلق Anxiogenic . في حين أن القهر العقلى يميل إلى أن يكون خافضا للقلق Anxiolytic . ولقد تم التأكد من وجود القهر العقلي الخالص لأول مرة في الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع .

وهناك جانب شائق آخر في حالة «بدور» هو أنه على الرغم من تأكدها من أن وساوسها المتصلة بالأرقام مقتحمة لعقلها وتافهة ، وأن قهر العد غير معقول ومشتت للانتباه ، فإنها تستمد من ذلك شعورا معينا بالرقى والسمو من أعراضها تلك ، لقد كانت تعرف أن قدراتها غير عادية ، وتولد لديها إحساس مشوه بالرضا والإنجاز نتيجة لسلوكها هذا .

وربما كان أهم جانب في هذه الحالة أن نفحص مدى تدخل اضطراب الوسواس القهري في حياة «بدور» وتأثيره فيها ، وعلى الرغم من هذه الطقوس فإن «بدور» كانت تقوم بالنسبة المئوية الأكبر من عبء العمل في مكتبها بأكثر مما يفعله العاملون من زملائها ، ولقد كان عملها بوجه عام موثوقاً به ، ودقيقاً ، وفورياً ، ومنظماً بطريقة جيدة جداً ، مع محافظتها على المواعيد (Greist & Jefferson, 1995, p. 39f) .

ثالثا ـ اجتماع طقوس النظافة والمراجعة :

لا تحدث الأعراض في اضطراب الوسواس القهري (ولا في غيره من الاضطرابات النفسية) نقية إلا نادراً ، فليس من المتوقع كثيراً أن تتلخص كل شكاوى المريض من الاغتسال والنظافة فقط ، ولا من المراجعة فحسب ، وإنما يجتمع عدد من الأعراض غالباً في الحالات الواقعيــة ، انظر إلى الحالة الآتية التي تجتمع فيها طقوس النظافة والمراجعة معا .

حالة : طقوس معجِّزة :

«سالم» طالب في بداية دراسته الجامعية ، يبلغ من العمر ١٩ عاماً ، يدرس الفلسفة (تخصص أساسي) ، انسحب من الدراسة نتيجة لسلوكه الذي اتخذ شكل طقوس معجِّزة . وتضمنت هذه الطقوس غسل اليدين مرات كثيرة ، وأخذ حمام مرات زائدة ، فضلا عن طقوس احتفالية في كل من ارتداء الملابس والمذاكرة ، والوضع القهري لأي شيء يمسك به بطريقة قهرية في مكان محدد ، وإطلاق همسات غريبة بشعة ، فكان يحدث صوتاً كالسعال ، ويرفع رأسه ويرده إلى الوراء بحركة مفاجئة عندما يأكل ، يجر قدميه ويشبكهما معا ويمسحهما في أثناء المشي .

وخلال العامين الأخيرين تدهور سلوك «سالم» بشكل مستمر ، وفي النهاية عزل نفسه عن أسرته وأصدقائه ، ورفض تناول الطعام ، وأهمل مظهره الشخصي ، ولم يحلق شعره مدة خمس سنوات وكذلك لم يحلق لحيته أو يشذبها .

وفي أي وقت كان يمشى فيه في أي مكان كان يقوم بخطوات صغيرة جدا على أطراف أصابعه بينما ينظر إلى الوراء بشكل مستمر ، يراجع ويعيد المراجعة . وفي بعض الأحوال كان يجرى بسرعة في مكانه ، ويسحب ذراعه اليسرى كلها من كم القميص كما لو كان عاجزا ، ويتدلى قميصه .

وقبل أن يُدخل المستشفى أوقف اتباع جميع قواعد الصحة الشخصية ، لأن الطقوس القهرية التي كان يجب عليه أن ينفذها خلال الاغتسال أو التنظيف كانت

مستهلكة جداً للوقت بحيث لم تترك له وقتاً يفعل فيه أي شيء آخر ، فأصبح الاغتسال «بالدش» منعدماً تماماً ، وتوقف عن غسل شعره ، وتنظيف أسنانه بالفرشاة ، أو تغيير ملابسه . وكان قليلا ما يترك غرفته .

وتوقف عن تناول الطعام مع أسرته ، فكان يأكل فقط في الليل المتأخر عندما يكون الآخرون نياماً ، وحتى يصبح قادراً على تناول الطعام كان يجب عليه أن يخرج كل الهواء من رئتيه (يزفر زفيراً كاملاً) ، ويصدر كثيراً من الهمسات المسببة للضوضاء ، ويسعل سعالا متقطعا ، عندئذ يملأ فمه بأكبر كمية ممكنة من الطعام يقدر عليها بينما لا يكون هناك هواء في رئتيه . ووصل «سالم» إلى مرحلة كان كل طعامه يتكون من خليط من زبدة فول السوداني ، والسكر ، والكاكاو ، واللبن ، والمايونيز ، وكان يُعد كل الأطعمة الأخرى ملوثات (Barlow & Durand, 1995, p.196) .

وتقوم طقوس المراجعة بوظيفة منع مصيبة أو كارثة ما متخيلة في المستقبل . وتعد معظم طقوس المراجعة منطقية ، مثال ذلك المراجعة المتكررة للموقد ليرى الفرد إذا ما كان قد أطفأه أم لا ، ولكن هذه المراجعة يمكن أن تصبح - في صورتها الشديدة - غير منطقية . مثال ذلك حالة «سالم» التي عرضنا لها ، فإذا لم يأكل بطريقة معينة فإنه يفكر في أنه يمكن أن يصيبه مس من الشيطان فيتخبطه ، أو أن يصبح خاضعاً لروح شريرة ، أو أنه إذا لم يخط خطوات قصيرة وينظر وراءه فإن كارثة ما يمكن أن تحدث لأسرته .

ولا توجد رابطة منطقية بين هذه الأحداث ، ولكن كل هذا السلوك المتكرر المتضمن في النظر إلى الوراء وخطو خطوات قصيرة وراءه فكرة وسواسية تتملكه وتسيطر عليه من أن شيئاً ما مرعباً يمكن أن يحدث . كما أن فعلاً عقلياً مثل العد يمكن أن يصبح قهراً أيضاً ، ومعظم المرضى لديهم كلا النوعين من الطقوس مثل حالة «سالم» (Barlow & Durand, 1995,p. 198) .

طقوس العد في أثناء الاغتسال والمراجعة :

تشيع طقوس العد Number rituals لدى كثير ممن لديهم أعراض الاغتسال

والمراجعة ، فإن سياق الاغتسال أو المراجعة يجب أن يتكرر - مثلاً - ٣ أو ٤ ، أو ٧ مرات أو مضاعفاتها ، وأن العملية كلها قد تبدأ من جديد من البداية إذا ما قوطعت قبل اكتمالها .

وهناك حالة رجل شرطة أو مخبر سرى ناجح ، تبرهن على أن طقوس العد المكثفة يمكن ألا تكون معوقة فعلا ، كما أنها غير مصممة لاستبعاد الأذى أو الضيق ، حيث يقول «سمير» : أقوم بعملية عد للحروف في الكلمات التي يتحدث بها الشخص معي في أي محادثة ، ويمكنني أن أقول لك - في الحال - العدد الإجمالي للحروف بدقة حتى ٣٥٠ حرفاً أو نحوها ، فعندما تقول : «صباح الخير يا سمير» ، فإنني أقوم فوراً بملاحظة عقلية مفادها أن هذه العبارة تتضمن ١٥ حرفاً . وعندما تسألني : هل يؤثر وسواس العد في محادثاتك مع الآخرين ؟ فإنني أجيب : لا في الحقيقة ، ولكن قبل أن أجيب ألاحظ أن سؤالك يشتمل على ٣٤ حرفاً . كما أشعر بأنه يتعين عليّ أن أعد الحروف في كل لافتة تحمل اسم الشارع ، وإذا كان هناك ثلاثة أعداد في منزل أو مخزن فإنه يجب عليّ أن أضربها ، فإذا رأيت مثلاً ٢٧٥ على بناء أو منزل فإنني أقوم بضرب ٢٧٥ بسرعة شديدة وهى تساوى ٧٠ (Marks, 1987, p. 428f) .

ملخص

القهر سلوك حركي أو عقلي أو انفعالي يتخذ شكلا قسريا اضطراريا يتكرر مثل غسل اليدين ، وترتيب الأشياء ، والمراجعة ، والعد ، واللمس ، وتكرار كلمات معينة بطريقة صامتة ، وأكثر الأفعال القهرية شيوعا هما التنظيف والمراجعة ، مع ما يصاحبهما من طقوس العد . ويهدف القهر إلى منع القلق أو خفض الضيق والألم ، ولا يهدف إلى أن يجلب للفرد السرور ، ولا أن يحقق له الإشباع .

ويشعر المضطرب في هذه الحالة بأنه مدفوع أو مقود إلى تنفيذ الفعل القهري حتى يخفض الضيق المصاحب للوسواس ، أو حتى يمنع حادثاً مروعاً . والقهر استجابة للأفكار الوسواسية ، مثال ذلك أن وسواس التلوث يخفضه المضطرب بممارسة طقوس

غسل اليدين عدداً محدداً من المرات . وأكثر أنواع القهر شيوعاً تتضمن الاغتسال والتنظيف ، والعد ، والمراجعة ، وتطلب التأكيدات ، وتكرار الأفعال ، والترتيب . ويحدث في الأفعال القهرية تكرار إجباري لفعل معين بشكل نمطي ، ولذا تسمى الطقوس القهرية . وتقلل الأفعال القهرية من القلق ، ولكنها لا تجلب السرور .

وبعد عرض كل من الوساوس والقهر في الفصلين الثاني والثالث نعرض في الفصل الرابع لاجتماعهما معاً على شكل وساوس قهرية .

* * *

الفصل الرابع

الوساوس والقهر

تمهيد :

عرضنا في الفصلين السابقين لكل من الوساوس والأفعال القهرية منفصلين ، وكان ذلك لتسهيل العرض والدرس ، وبيان خصائص كل منهما على حدة ، ولكن الحق أنهما يجتمعان في اضطراب واحد ، وليس من السهل الفصل بينهما غالبا . ونعود في هذا الفصل لنعرض أهم الجوانب المشتركة بينهما ، تلك الجوانب التي لم يكن يصح أن نعالجها في فصل الوساوس وحدها ، ومن غير المفضل أن نعرضها في فصل الأفعال القهرية منفصلة .

ونعرض في هذا الفصل للعلاقة بين الوساوس والقهر ، وأنماط الاضطراب ، وعناصر الخبرة الوسواسية القهرية ، وأهم خواص الاضطراب ، والوساوس والأفعال القهرية لدى الأسوياء ، وعلاقة الوسواس القهري بالشخصية .

العلاقة بين الوساوس والقهر

يُستخدم مصطلحا الوساوس والقهر بشكل تبادلي غير دقيق ، وهذا غير صحيح ؛ إذ يشيران إلى ظاهرتين متميزتين : فالوساوس أفكار تطفلية تقتحم الفكر من داخله ، كما أنها مداومة معاودة ، وتتسبب في حدوث القلق ، في حين أن الأفعال القهرية أفعال نمطية حسية جسمية أو عقلية ، يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوساوس ، ولكنهما يوجدان معا عادة (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 267) . وتميل الوساوس والأفعال القهرية إلى أن توجد لدى الشخص الواحد ، وتحدث غالباً في الوقت نفسه أو بحيث تلي إحداهما الأخرى بشكل مباشر (Templer, Spencer, & Hartlage, 1993,p.74) .

وعلى الرغم من أن القهر يصاحب الوساوس عادة فإن أي واحد منهما يمكن أن يوجد على حدة ، فقد يكون الشخص وسواسياً فقط ، يفكر مرات ومرات في

علاقــة والــده بأمـه ، وقــد يكون لـدى شخص آخـر حاجة قهـريـة (دون أن يصاحبها أي فكـرة) لأن يظـل يـلمس شيئـاً معينـاً ، أو كـأن تقـوم الفتـاة بتـرتيب مـلابسـها وإعـادة ترتيبها بطرِيَقـة مـفصلـة ودقيقـة ، أو تـدق بقدمها الأرض في كل مـرة تنطق فيهـا كلمـة «أنـا» (Haas, 1979,p. 71) .

ومن الممكن أن يحدث الوسواس في الحالات المرضية دون أن يصاحبه فعل قهري ، كـالمرأة الصغيرة التي تـوجد لديهـا أفكار وصور مقتحمة لحفلة زفـافهـا التي كانت تجدها مضايقة أو مؤلمة ، ولكن دون أن تؤدي إلى قـهر نشط أو فاعل . ولكن الأكثر شيوعاً أن تؤدى الوسـاوس إلى سلوك قـهـري مـرتبط بهـا ، ويحـدث ذلك عندمـا تـؤدي الأفكار الوسـواسية عـن التلوث بالميكروبات أو القـذارة إلى غـسل شـامل للأيدى والجسم في كل مـرة يمر بها الفـرد بخبرة الوسـواس . وفي مثل هذه الحالات يشعر الفـرد بحـاجة قـوية إلى الاغتسـال ، والعـجز عن الاسترخاء حتى يقوم بهذه المهمـة . ومن النادر جداً أن يُوجد القهر دون وساوس ، ولكنه يمكن أن يحدث ، ومثال ذلك رجل لديه قـهر يجبره على أن يتخيـل كل مجموعـة أرقـام يـراها ، متحولة أعدادها بطريقة معينة (كأن يضربها في ٢ ، أو يجعلها مربعة) (de Silva, 1988, p. 198) .

ويبدو أن مصاحبة الأفعال القهرية للوساوس - جزئياً على الأقل - تخفض من القلق الناتج عن التفكير الوسواسى .

وقد يعتقد الفرد أن الفعل القهري سوف يساعد على منع حدوث حادث مفزع معين ، على الرغم من عدم وجود أساس واقعي للاعتقاد أو للسلوك الذي فاق كل ما هو معقول في ظل الظروف التي حدث فيها . إن بعض المرضى يغسل يديه ٤٠ مرة أو ٥٠ في كل مرة يلمس فيها مقبض باب عام ، وإن الفعل القهري الخاص بغسل اليدين يمكن أن يخفف من القلق الناتج عن الفكرة الوسواسية من أن الجراثيم أو القاذورات ما تزال باقية في مكانها عالقة بثنايا الجلد . كما تخفض الطقوس القهرية أيضاً من القلق الذي يمكن أن يحدث إذا مُنع الشخص من القيام بها (Nevid, *et al.*, 1997,p.209) .

وفي كـثير مـن الحـالات فـإن الخط الفـاصـل بين الوسـاوس والقـهـر ليس حـاداً دائماً ، وبعض أنواع التفكير الوسـواسي - بدلاً من كونها معذِّبة ومثيرة للقلق - يبدو أنها

تقوم بوظيفة السلوك القهري ، كأن يقوم الشخص - بشكل قهري - بالعد صامتاً بينه وبين نفسه ، ويتخذ من ذلك وسيلة للتحكم في القلق والسيطرة عليه . وقد سمى ذلك بالقهر المعرفي Cognitive compulsion (Davison & Neale,1996,p.151) .

لقد اتضح أن قرابة ٨٠٪ من المرضى لديهم وساوس وقهر ، وتعانى قلة منهم من الوساوس وحدها ، ومن النادر أن نجد الطقوس الخالصة دون أن تصاحبها أفكار وسواسية . والوساوس تسبق الطقوس عادة ، ولكن أحياناً تلي الأفكار الوسواسية القيام بالطقوس وبخاصة مع الشك الوسواسي (Emmelkamp, 1987) .

وأجرى «خانا» وزملاؤه (Khanna, *et al.*, 1992) دراسة على الأبعاد المختلفة للوساوس والقهر ، فسجلوا (١٠٣) وساوس ، و(٦٠) قهراً لدى (٣٢) مريضاً شخصوا باضطراب الوسواس القهري . وقد شكلت الأفكار المقتحمة والتكرار بعداً مستقلاً نسبياً ، في حين أن المقاومة ، والضيق ، وعدم المعقولية ، والتدخل ، وسهولة طرد الأفكار يرتبط بعضها ببعض . كما لوحظ بعْد إضافي لدى المرضى القهريين متعلق بالآثار المثيرة للقلق .

وقد ظهر أن معظم الأفراد الذين يحققون محكات اضطراب الوسواس القهري يكشفون في الحقيقة عن كل من مجموعتي الأعراض : الوسواس والقهر (Oltmanns & Emery, 1995,p. 208) . ويبين جدول (١٢) العلاقة بين الوسواس والقهر على ضوء أمثلة تربط بينهما .

موجز لأنماط اضطراب الوسواس القهري

لاضطراب الوسواس القهري أنماط عدة أهمها سبعة كما يلي :

١ - الاغتسال والتنظيف : Washing and Cleaning

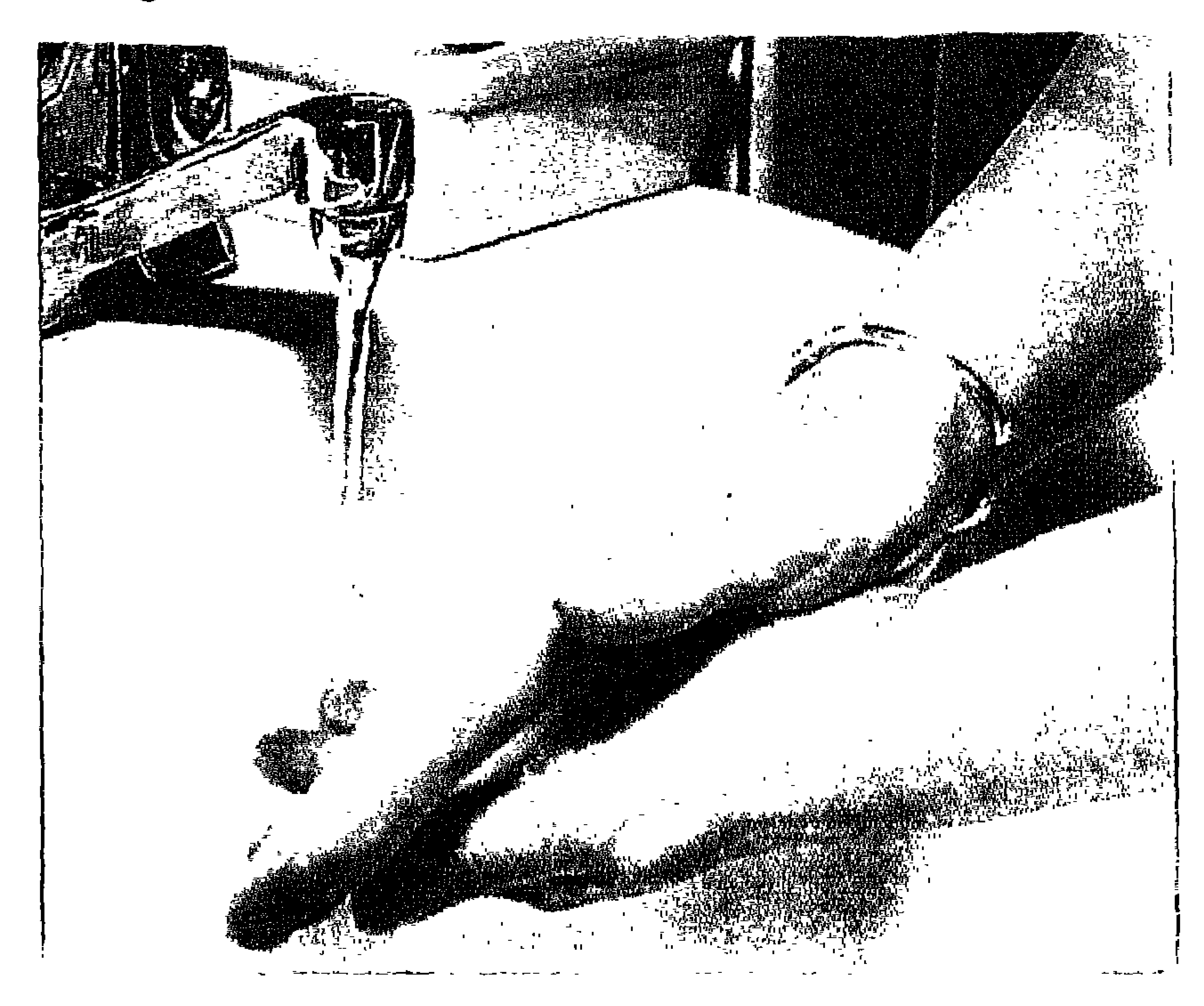
ينشغل الأفراد الذين يندمجون في الاغتسال والتنظيف بوساوس التلوث ؛ أي أن يتلوثوا هم أو يلوثوا الآخرين بمواد أو مواقف معينة ، وأمثلة المواد الملوثة الكيماويات (مثل

جدول (١٢) : أمثلة للوساوس وما يرتبط بها من أفعال قهرية

الوسواس	القهر
طالب جامعة يشعر بدفعة تحثه على الصياح بألفاظ بذيئة بينما هو جالس في المحاضرات في الفصل الدراسي .	ينظر إلى ساعته ، ويعض لسانه كل ستين ثانية حتى يكبح هذا الميل إلى الصياح .
امرأة لا تستطيع أن تخرج من عقلها أنها قد تكون تركت موقد الطهي مفتوحاً ، مسببة انفجار بيتها .	في كل يوم قبل مغادرتها المنزل إلى العمل تشعر بدفعة غير مريحة لمراجعة الموقد عشر مرات بالضبط .
طفل في التاسعة من عمره يشعر بانزعاج لا يتوقف مفاده أن شيئاً مرعباً يمكن أن يحدث لأمه بينما الأسرة نائمة .	يصر وهو في طريقة إلى سريره كل ليلة على ضرورة أن يتسلق الدرج تبعاً لسياق ثابت : ثلاث درجات إلى أعلى ، يتبعها درجتان إلى أسفل ليحمى أمه ضد هذا الخطر .
امرأة صغيرة تصاب بالرعب باستمرار من صورة متخيلة مفادها أن السيارات يمكن أن تميل إلى الرصيف وتصدمها .	تشعر بأنها يجب أن تسير بأبعد ما يمكن عن الشارع المرصوف ، وتلبس دائما ملابس حمراء عندما تكون في المدينة حتى تكون مرئية بطريقة واضحة للسائقين غير المنضبطين .
امرأة تعذبها فكرة أنها يمكن - نتيجة الإهمال - أن تلوث الطعام وهى تقوم بطهيه لأسرتها كل ليلة .	تقوم كل يوم بتعقيم كل أواني الطهى وأدواته بماء مغلي ، وتطهر كل قدْر ومقلاة قبل وضع الطعام فيها ، وتلبس قفازات من المطاط عندما تمسك بالطعام .

عن : (Halgin & Whitbourne, 1993,p. 184) .

مبيدات الحشرات) ، والجراثيم (كفيروس الإيدز) ، وسوائل الجسم (كالبول والدم) ، والإشعاع (مثل المايكروويف) . وتتضمن المواقف الملوثة المدن (كتلك التي يعيش فيها الشخص) ، والناس (كالأسرة) ، والأماكن العامة (كالمستشفيات) . وأحياناً يقصد بالاغتسال والتنظيف منع مصيبة أو كارثة (كالمرض أوالموت) ، ولكن الأمر ليس كذلك دائماً ، ويقوم بعض الأشخاص بالاغتسال والتنظيف لخفض الضيق المرتبط بإحساسهم بالتلوث ، ولكنهم لا يعتقدون أن الأذى سوف يصيبهم من جراء التلوث . ويحاول الأشخاص الذين ينشغلون بالتلوث جاهدين أن يتجنبوا مصادر التلوث ، ولكنهم يخفقون عادة عاجلا أو آجلا ، ويعودون إلى الاغتسال أو التنظيف (انظر شكل ٥) .



شكل (٥) : طقوس الاغتسال التي تسم الوسواسيين القهريين
تذهب بعيداً عن متطلبات الصحة العادية ، فهل يحتاج الإنسان الطبيعي
إلى أن يغسل يديه مثلاً مائة وخمسين مرة في اليوم الواحد؟

مظاهر الاغتسال والتنظيف :

أ - تجنب لمس أشياء معينة نتيجة لإمكانية تلوثها .

ب - صعوبة التقاط شيء سقط على الأرض .

جـ - تنظيف المنزل بشكل زائد على الحد .

د - أخذ حمام مدة طويلة جداً .

هـ - الانشغال الزائد بالجراثيم والمرض .

٢- المراجعة : Checking

يحاول الأشخاص الذين يقومون بطقوس المراجعة أن يمنعوا حدوث أمور سيئة عن طريق المراجعة الزائدة والمتكررة للمواقف التي يمكن أن تكون ضارة أو مؤذية . إن مرضى الوسواس القهري منشغلون بمسؤوليتهم عن الحريق ، والفيضان ، وحوادث السيارات ، والأخطاء من كل نوع ، والسطو ليلاً على المنازل ، والمرض . إن الشخص الذي يخاف من أن يحترق منزله يقوم بالتأكد من عزل الأجهزة الكهربية عن مصدر الكهرباء قبل أن يغادر منزله أو يذهب إلى سريره . ويشعر الفرد عادة بدفعة إلى المراجعة عندما يكون هناك شك بالنسبة لأمن الموقف ، ومع ذلك فإن المراجعة لا تهدئ الشك ولا تنهيه ، فيلي ذلك مزيد من المراجعة .

٣- التكرار : Repeating

يقوم بعض الأفراد - بشكل عمدى - بتكرار الأفعال لاستبعاد فكرة مخيفة خطرت على عقلهم ، مثال ذلك شخص يمشى عبر مدخل فتخيل صورة عقلية مضمونها شخص حبيب حدثت له حادثة ، فسوف يروح جيئة وذهاباً عبر الممر حتى تختفي هذه الصورة العقلية . ويكون الهدف من وراء هذا التكرار أحياناً ليس استبعاد الصورة العقلية فقط بل منع حادث من الحدوث أيضاً . وبعض الأشخاص يكررون الأفعال حتى يشعروا بأنها أصبحت مضبوطة بالنسبة لهم ، وفي هذه الحالات لا يوجد تفكير في منع الضرر أو الأذى ، وأن هدف القيام بالتكرار هو التقليل من الضيق الناتج عن القيام

بفعل شيء ما خطأ .

مظاهر المراجعة والتكرار :

أ - المراجعة بشكل مكرر للتأكد من أن شيئاً ما قد أنجز بشكل صحيح ، أو أن حالته مقبولة .

ب - صعوبة الانتهاء من إنجاز الأعمال بسبب التكرار الشديد .

جـ - تكرار الأفعال حتى تمنع حدوث أمر سيء .

د - الانشغال الشديد خوفاً من فعل أخطاء .

هـ - الانشغال الشديد خوفاً من أن شخصاً ما سيصاب بالأذى بسبب المريض نفسه .

و - أفكار معينة تمر بالخاطر وتجعل المريض يقوم بفعل الأشياء مراراً وتكراراً مرات كثيرة .

٤ - الترتيب : Ordering

من الأهمية بمكان - بالنسبة لمرضى الوسواس القهري الذين يعانون من هذا العرض المرضى - أن تكون الأشياء من حولهم منظمة مرتبة بطريقة معينة ، ويعنى ذلك أحيانا ترتيب الأجزاء بشكل متناسق أو اعتماداً على نمط معين أو مكان خاص . وهدف الترتيب - مثله في ذلك مثل التكرار - قد يكون منع كارثة من الوقوع ، وقد يهدف الترتيب أحياناً إلى أن يشعر الفرد بأن كل شيء على ما يرام . مثال ذلك أن الأثاث إذا لم يكن في صف واحد بالزوايا «الصحيحة» مع تساوى المسافات بين الكنبات فإن الشخص يصبح متضايقاً بشدة ، ولا يسمح الأفراد المرضى في هذا النمط لأفراد الأسرة بأن يُخلوا بالترتيب المعين للأثاث .

مظاهر الترتيب :

أ - يجب أن توضع أشياء معينة في ترتيب خاص .

ب - قضاء وقت طويل للتأكد من أن الأشياء في مكانها الصحيح .

جـ - ملاحظة فورية للأشياء التي لا تكون في مكانها .

د - من المهم أن يكون السرير «مرتباً» خلواً من أي خطأ .

هـ - الحاجة إلى تنظيم أشياء معينة بطريقة خاصة .
و - يصبح الفرد شديد الاضطراب عندما ترتب الأشياء عن طريق الآخرين .

٥- **الخزن أو التخزين : Hoarding .**

يقوم الأشخاص الذين يتصفون بسلوك التخزين بجمع الأشياء التي يبدو للآخرين أنها عديمة القيمة . ويختلف التخزين القهري عن جمع الطوابع والعملة والأشياء الأثرية النادرة التي لها قيمة حقيقية أو تعد جزءا من هواية تجلب السرور . وعادة يشعر الفرد المصاب بهذا النمط من اضطراب الوسواس القهري بأنه مجبر على جمع الأشياء نتيجة لاحتمال بعيد من أنها قد يكون لها بعض النفع والفائدة في المستقبل . ومعظم الناس يحتفظون ببعض الأشياء التي لا يحتاجونها في الحقيقة ، ولكنهم سوف يقذفون بها إذا بدأت تقف في طريقهم أو تسده . أما الأشخاص المنفذون لسلوك التخزين فيجمعون كميات كبيرة من السلع المستعملة أو البالية أو التافهة التي يرون أنها مهمة ، ويجدون أن التخلص منها أمر مزعج جدا .

مظاهر التخزين :

أ - صعوبة اتخاذ قرارات متصلة بالتخلص من بعض الأشياء .
ب - جلب مواد يبدو أنها عديمة النفع إلى المنزل .
جـ - يصبح المنزل مملوءاً بأكوام أو مجموعات من الأشياء .
د - يكره الشخص أن يلمس الآخرون ممتلكاته .
هـ - يجد الشخص نفسه عاجزا عن التخلص من الأشياء .
و - يعتقد الآخرون بأن المجموعات التي يحتفظ بها الشخص ومقتنياته عديمة النفع .

٦- **طقوس التفكير Thinking Rituals**

يستخدم الأشخاص المندمجون في طقوس التفكير أفكاراً خاصة تسمى قهر التفكير أو الأفعال القهرية المتصلة بالتفكير ، وذلك لتعطيل الأفكار الوسواسية والدفعات والصور العقلية التي تضايقهم أو استبعادها . وتشبه الأفكار القهرية الأفعال القهرية شبهاً كبيراً ،

ولكن الشخص ينفذها في عقله أكثر من تنفيذها في الخارج . ونتيجة لذلك فإن طقوس التفكير تهمل أحياناً أو يعتقد بشكل خاطئ أنها وساوس .

ومن طقوس التفكير الشائعة : العدُّ الصامت ، والتفكير المتكرر في كلمات معينة أو عبارات أو أعداد أو صلوات خاصة . مثال ذلك أن الشخص الذي يعاني من مخاوف وسواسية من بائعي المخدرات في الطريق يستبدل بأي تفكير في عقار الهلوسة إل . إس . دي . (LSD) التفكير في الحروف : آر . سي . أ . (RCA) بشكل متكرر .

وأحياناً تتخذ الوساوس شكل حوار داخلي يسير قدما ، بحيث إن أحد الجوانب تنطق بأفكار مضايقة ، في حين يعبر الجانب الآخر عن أفكار مطمئنة .

مظاهر طقوس التفكير :

أ - تكرار كلمات أو أعداد معينة في عقل الشخص .

ب - مراجعة الفرد أشياء معينة بنفسه ليشعر بالأمان .

جـ - قضاء وقت طويل في الصلاة بطريقة معينة لا تعد ممارسة دينية اعتيادية .

د - إجبار الأفكار السيئة للفرد عن التفكير في الأفكار الجيدة .

هـ - تكوين قوائم عقلية لمنع عواقب غير سارة .

و - البقاء هادئاً في بعض الأوقات بالتفكير في الأشياء «الصائبة» .

٧- الوساوس البحتة Pure obsessions

يقضى بعض الأفراد فترات طويلة من الزمن يمعنون التفكير في الأفكار المضايقة التي تقتحم عقولهم ، ولكنهم لا يستجيبون لهذه الأفكار بأفكار أو أفعال طقوسية ، مثال ذلك أن يفكر شخص في أغنية أو لحن إلى الدرجة التي تصبح فيها مزعجة ، وبدلا من ذلك فقد يمعن شخص التفكير في أنواع معينة من الأشياء (مثل أزرار القميص) أو كلمات معينة ، ويجد أن اقتحام هذه الفكرة لعقله وتطفلها عليه مضايقة جدا ، وتتدخل في تركيز انتباهه الاعتيادي .

مظاهر الوساوس البحتة :

أ - تأتي الأفكار المزعجة إلى ذهن الفرد ضد إرادته .

ب - ضعف السيطرة على الأفكار المزعجة .

اجتماع أكثر من نمط وسواسي قهري :

من الأهمية بمكان أن نتذكر أن المصابين باضطراب الوسواس القهري لديهم - بشكل نمطي - أكثر من نوع من الوساوس والقهر (Foa & Kozak, 1997,pp.4-6,21f) .

عناصر الخبرة الوسواسية القهرية

حتى نفهم العلاقة بين الوساوس والأفعال القهرية يجب أن ننظر إلى كل العناصر التي يمكن أن توجد في خبرة الوسواس القهري ، ويعرضها «دى سيلفا ، وريكمان» (de Silva & Rachman, 1998,pp. 15-19) . كما يلي :

١ - المثير :

يقصد بالمثير Trigger ما يطلق الفعل ويقدح زناده ، والمثير في الوسواس القهري حادث أو مؤشر يفجر الوسواس ويُظهره ، وقد يكون المثير هنا شعوراً أو ضيقاً أو دفعة قهرية ، وقد يكون المثير خارجياً في البيئة أو داخلياً . مثال ذلك سيدة صغيرة لديها وسواس : «هل طعنت شخصاً ما ؟» أو : «هل سأطعن أطفالي؟» وذلك في كل مرة ترى فيها سكيناً أو شيئاً حادّاً ، فالسكين هنا هي المثير الخارجي الذي يحث وساوسها ويستفزها . وأما المثيرات الداخلية فهي أحداث عقلية تؤدي إلى النتيجة ذاتها ، فقد شكا رجل صغير السن من أنه في كل مرة يتذكر فيها والده المتوفىّ ، تمر بخبرته الوساوس المتصلة بالموت ، فإن ذكرى الأب هي المثير الداخلي للتفكير الوسواسي ، ولكن المثيرات لا توجد في كل الخبرات الوسواسية القهرية بشكل كامل .

٢ - الشعور بالضيق :

يؤدى حدوث الوسواس عادة إلى شعور بالضيق Discomfort وعدم الراحة ،

ولكن الأقل شيوعاً أن الشعور بالضيق يحدث كذلك ببساطة نتيجة التعرض للمثير أو من جراء الدفعة القهرية . وقد وصف كثير من الناس هذا الشعور بأفضل وصف على أنه «القلق» ، ولكن بعض المرضى قرروا أن ما يشعرون به ليس هو القلق بل «عدم الراحة» بوجه عام ، والتوتر ، أو حتى إحساس بالذنب . ومن ثم فإن «الضيق» أو عدم الراحة مصطلح جيد يستوعب كل هذه الانفعالات .

٣ - الدفعة القهرية :

هناك دفعة Urge أو اندفاع Impulse وحافز يجعل الفرد يشعر بضرورة القيام بسلوك معين ، بطريقة محددة غالباً ، ولكن ليست كل خبرة وسواسية قهرية تتضمن هذا العنصر .

٤ - السلوك القهري :

هذا هو السلوك - المضمر أو الصريح - الذي ينتج عن الدفعة القهرية ، وعندما يستخدم مصطلح «القهر» Compulsion فإنه يشير عادة إلى الدفعة القهرية والسلوك القهري معاً .

٥ - خفض الضيق :

عندما يتم تنفيذ السلوك القهري بالطريقة المطلوبة فإن المريض يشعر عادة بالراحة ، إن الضيق الذي سببه الوسواس (وكذلك المثير والدفعة القهرية) ينتهي أو يتناقص . ولكن هناك حالات (ولو أنها قليلة العدد) لا يؤدى فيها القيام بالسلوك القهري إلى خفض الضيق Discomfort reduction . والحقيقة أنه في عدد قليل من الحالات يتزايد الضيق . وفضلاً عن ذلك فإن الفرد قد يشعر بالإحباط والارتباك وضعف المعنويات حتى عندما يخفض السلوك القهري من القلق أو الضيق .

٦ - الخوف من وقوع كارثة :

من الجوانب الشائعة في هذا الاضطراب أن المريض يشعر أن كارثة disaster معينة

سوف تحدث ما لم يتفادها ، ويدفع أذاها بانشغاله بسلوكه القهري ، ومثال ذلك رجل متقدم في العمر كان لديه خوف قويّ جداً من أنه ما لم يراجع صنابير الغاز في منزله عدداً معيناً من المرات فإن المنزل يمكن أن ينفجر وتأكله النار . إن العلاقة بين كارثة معينة يخاف المريض من وقوعها والسلوك القهري هي - بطبيعة الحال - غير منطقية دائماً . ومثال ذلك أن رجلاً صغير السن كان يشعر بأن طقوس غسله ليديه تمنع حوادث خطرة من أن تقع لأعضاء أسرته . وبالطريقة ذاتها فإن المرضى المصابين بمخاوف وسواسية تزعجهم ، كالإصابة بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ، قد يقومون بعملية غسل مفرط لأيديهم على الرغم من معرفتهم بأن غسل اليدين لا علاقة له بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ، وأن الاغتسال غير فاعل بوصفه احتياطاً ضدّ هذا المرض .

٧ - المسؤولية المتضخمة :

يمر كثير من المرضى بخبرة الشعور بالمسؤولية المتضخمة Inflated responsibility حتى بالنسبة لحوادث ليس لهم سيطرة عليها ولا تحكم فيها ، ويشيع ذلك بوجه خاص لدى المرضى الذين تتركز مشكلاتهم الرئيسة حول المراجعة Checking المفرطة . وتولد هذه المسؤولية المتضخمة عادة شعوراً بالذنب العميق .

٨ - البحث عن إعادة التوكيد أو الطمأنة :

يلجأ كثير من مرضى الوسواس القهري إلى البحث عن إعادة التوكيد أو الطمأنة Reassurance seeking ، ويكون ذلك مطلوباً عادة من أفراد أسرهم . إن الأفكار الوسواسية كثيراً ما تؤدي بالمريض إلى أن يبحث عن التوكيد أو الطمأنة ، مثال ذلك الأسئلة التالية : «هل أنا في طريقي إلى الجنون ؟ ، هل نفذت الأمر بطريقة صحيحة ؟ هل أحتاج إلى مراجعة الصنابير مرة ثانية ؟» . وعندما يتلقى المريض التوكيد أو الطمأنة فإنه يشعر ببعض الراحة من الضيق . ويتم البحث عن إعادة التوكيد والطمأنة عادة بشكل متكرر ، وهذا أمر يدعو إلى سخط الأصدقاء والأسرة وغضبهم . وتؤدي الطمأنة والتوكيد - في أفضل حالاتها - إلى راحة مؤقتة أو وقتية .

٩ - **التجنب :**

من الممكن أن يكون التجنب Avoidance ملمحاً أساسياً في الصورة الإكلينيكية على الرغم من أنه ليس جزءاً من خبرة الوسواس القهري ذاته . ويلحق السلوك التجنبى عادة الموضوعات أو المواقف التي يمكن أن تثير الوسواس أو الفعل القهري ، مثال ذلك أن من يعانون من وساوس القذارة والجراثيم ، ويرتبط لديهم ذلك بطقوس الاغتسال والتنظيف ، يكافحون عادة لتجنب ما يعتقدون أنه قذر أو ملوث ، وأن أولئك الذين يعانون من طقوس المراجعة قد يتجنبون المواقف التي تتطلب المراجعة ، وبعض المرضى الذين يعانون من مخاوف شديدة ومنتشرة من التلوث يحصرون أنفسهم في غرف نومهم ، ويرون أنهم يجب أن يتجنبوا بقية العالم .

مثال ذلك أن المرأة التي كانت تعانى من أفكار وسواسية من أنها قد تطعن أطفالها ذهبت إلى مدى بعيد في تجنب الاتصال بالسكاكين والمقصات وغيرها من الأشياء الحادة ، والرجل صغير السن الذي كان يخاف من أنه يمكن أن يصاب بمرض نقص المناعة المكتسب تجنب - بشكل كلى - مناطق معينة في مدينته . انظر إلى هذا المثال الذي يشير إلى تجنب كل من الأشياء والسلوكيات :

حالة : خوف مرضى من المرض :

«دينا» امرأة متزوجة ، في أواخر العشرينات من عمرها ، كانت لديها فكرة وسواسية أنها مريضة بالسرطان ، وبعد سنين عدة من مراجعة أعراض السرطان ، بدأت تتجنب أي موقف تخاف فيه أن تكتشف أن لديها علامات هذا المرض . ولذلك فلم تكن «دينا» قادرة على أن ترتب سريرها في الصباح ، أو أن تنظر إلى ملابسها الداخلية المستعملة ، لخوفها أن تكتشف آثار دم ، والتي يمكن - بالنسبة لها - أن تكون علامة من علامات المرض المرعب . وقد توقفت «دينا» عن مجرد أن تنظر إلى نفسها في المرآة أو إلى جسمها ذاته ، وبدأت تلبس «بلوزات وبلوفرات» لها كم طويل حتى لا تتمكن من رؤية ذراعيها ، وتلبس «بنطلونات» حتى لا تستطيع أن ترى ساقيها . وبدأت

«دينا» تتوقف عن غسل جسمها جيداً ؛ حيث كانت تخاف من أنها يمكن أن تكتشف أوراماً أو أجساماً تشبه ذلك في جسمها .

١٠ - التعطيل :

عندما يندمج مريض الوسواس القهري في أفعاله القهرية فإنه يحتاج إلى أن يقوم بتنفيذها بدقة كما يشعر بأنها يجب أن تنجز ، وإذا قوطع السلوك أو حدث تعطيل Disruption له فإن الطقوس القهرية - بالنسبة لكثير من المرضى - تصبح باطلة ، وتحتاج إلى أن تبدأ من جديد ، ومن الممكن أن يستهلك ذلك زمناً طويلاً وجهدا كبيرا بالنسبة للطقوس الطويلة والمعقدة . وتتنوع الأحداث التي تعطل السلوك القهري ابتداء من الضوضاء وغيرها من المثيرات الخارجية المسببة للاضطراب حتى فئات خاصة من الخبرات والأفكار .

أهم خصال الوسواس القهري

بعد أن عرضنا لأشكال الوساوس والقهر ومحتواها تبعاً لعدد من الدراسات يمكن أن يتضح للقارئ أن للوساوس والقهر خصالاً مشتركة من بينها : الشك ، والتردد وعدم الحسم ، والاجترار ، والبطء ، والنزعة إلى الكمال ، ووجود أكثر من مشكلة ، فضلاً عن المقاومة . ونعرض لهذه الخصال بشيء من التفصيل فيما يلي :

١ - الشك :

من أبرز خصال الوساوس ما يسميه الفرنسيون «جنون الشك» Folie du doute ، والذي يتسم بالشك الدائم والريبة العنيدة والتذبذب الشديد والتردد بين الأمور والعجز عن الحسم أو اتخاذ القرار ، ويصاحب مثل هذا الشك عادة اجترار قهري للأفكار ، مما يؤدى إلى الأفعال التكرارية التي تهدف إلى طرد الشكوك غير المعقولة . ونتيجة لهذه الشكوك وبتأثير منها فإن المريض يتعين عليه أن يراجع ، وينبغي له أن يعيد المراجعة كذلك ، ويحدث ذلك في مجرد الأفعال البسيطة .

مثال ذلك أن المريض يغلق الباب الأمامي في الليل ، ولكنه بمجرد أن يصل إلى سريره يكون في شك بالنسبة لأمان الباب ، فيجب أن يعود عندئذ ويجرب القفل ، وحتى بعد ذلك فقد يساوره الشك ويعاوده الريب بعد أن يستلقي مرة ثانية على سريره ، ويتطلب الأمر «زيارات» أخرى للتحقق من أن الباب قد تم إغلاقه . ولكن الشكوك الوسواسية والحيرة والتردد ليست نادرة الحدوث في حالة الصراع بين الرغبة والرغبة المضادة (Kolb, 1970,p.484) .

٢ - التردد وعدم الحسم :

عدم الحسم Indecisiveness خصلة لكثير من مرضى الوسواس القهري ، وينطبق ذلك بوجه خاص على القائمين بطقوس المراجعة Checkers الذين تظهر وساوسهم غالباً على شكل شكوك ، والأمر نفسه بالنسبة لمرضى الخزن أو التخزين Hoarders ولكثير ممن لديهم أنواع أخرى من الطقوس ، ومع ذلك فإن عدم الحسم لا ينطبق كثيراً على القائمين بالاغتسال Washers والتنظيف Cleaners . إن ضرورة قيام مرضى الوسواس القهري باتخاذ قرار ما يثير غالباً وساوس الشك وما يرتبط بذلك من المراجعة والسلوك القهري . وفي الحالات الشديدة فإن صعوبة اتخاذ القرارات بكفاءة تؤدي بالمريض إلى العجز ، وهى صعوبة لا تنسحب على القرارات الأساسية فقط بل على الأمور التافهة في الحياة اليومية ، مثال ذلك أن فتاة صغيرة السن مريضة وجدت أن ارتداءها لملابسها في الصباح أمر مستحيل لأنها لم تكن تستطيع أن تقرر أي الملابس تلبسها ، فكانت ترتدى فساتين كثيرة ثم تخلعها . وفي النهاية كان على أمها أن تقرر كل ليلة ما الذي يجب أن تلبسه هذه المريضة في اليوم التالي ، ثم تغلق خزانة الملابس على كل ملابسها منذ الليل ماعدا ما اختارته (de Silva & Rachman, 1998, p.49) .

وقد يتجسد التردد في تأمل الوسواسي - بشكل مستمر - في سؤال فرضي أو فعل من أفعال الحياة اليومية ، كأن يزعج الشخص مثل هذا السؤال : هل الإنسان مخير أو مُجْبر ؟ في حين وجد مريض آخر أنه في حاجة إلى أن يقوم تقريبا بكل مهمة بسيطة من

مهام الحياة اليومية مرات ومرات ، لأنه لا يستطيع أن يقرر إذا ما كان قد أغلق صنبور الماء ، وقع الصَّكّ (الشيك) ، بدل جواربه . . . وهكذا (Haas, 1979, p. 71) .

٣ - الاجترار Rumination :

يقصد بالاجترار استمرار مضمون عقلي معين ليس له هدف تكيفي ، والعجز عن تحويل انتباه الفرد عن سيطرة الأفكار المزعجة ، مع الانشغال الوسواسي بهذه الأفكار أو الخطط ، ولا يقع الاجترار في المدى السوي للعقل ، ويشيع في كل من الحالات الوسواسية وتوهم المرض وتغيرات الشخصية التالية لإصابة المخ (Campbell, 1996,p.637f) . كما يشيع الاجترار لدى مرضى الاكتئاب ، ولكن الاجترار الاكتئابي أفكار تشاؤمية عن الذات والعالم ، ولا يحاول المكتئب تجاهلها أو قمعها على العكس من الاجترار الوسواسي (Kozac & Foa, 1997,p.15) . والاجترار كذلك سلسلة من الأفكار ذات خاصية عقيمة ومستديمة عادة ، تدور حول موضوع معين قد يكون فلسفياً أو دينياً ، وقد يصعب جدا الإجابة عنه مثل : هل التاريخ صحيح أو مزيف؟ ما أصل العالم ؟ وكيفية الحياة بعد الموت ؟

وهناك مثال لرجل صغير لديه اجترارات معقدة ومستهلكة للوقت وتدور حول السؤال الآتي : هل لديّ نقص من الناحية الوراثية ؟ وكان يجتر هذا السؤال فترات طويلة ، ويفحص مختلف الاعتبارات والمجادلات والقضايا ، متأملاً ما يبدو على أنه دليل من الناحية السطحية . ولا يؤدى الاجترار إلى نتيجة مقبولة ومُرضية ، كما لا توجد فيه مجموعة من الخطوات المتتابعة ذات النهاية القاطعة ، ومن ثم فإنها مختلفة عن الطقوس المعرفية .

إن تصنيف الاجترار على أنه إما وسواس وإما قهر يُعد عملية صعبة ، والمسألة الحاسمة هنا إذا ما كان الاجترار يحدث على أنه خبرة تقتحم حياة الفرد ، وفي أي حالة يمكن أن تندرج في فئة الوساوس ، أو هل هناك اندفاعة قهرية للتفكير في موضوع معين ، وفي أي حالة يمكن أن تكون وسواساً ؟

ويبدو - من الناحية الإكلينيكية - أن معظم الاجترارات سلوك قهري عقلي يسبقه عادة وسواس . ولنوضح ذلك بالمثال الآتي : الفكرة التي تقتحم تفكير الفرد : هل أنا مجنون ؟ أو : هل أنا في طريقي إلى الجنون ؟ يمكن أن تؤدي هذه الفكرة إلى دفعة قهرية للتفكير في الموضوع ، ويعد التفكير المشوش الذي يلي ذلك اجتراراً (de Silva, 1988; de Silva & Rachman, 1998, p. 21f, p. 44f) .

٤ - البطء :

هناك فئة في اضطراب الوسواس القهري توصف «بالبطء الوسواسى الأولى» Primary slowness ، ولقد تمكن «ريكمان» من تحديد مجموعة صغيرة من مرضى الوسواس القهري الذين يتسم سلوكهم بالبطء الشديد ، بحيث لا يعد هذا البطء ثانوياً أي : مترتباً على الطقوس أو الاجترارات الأخرى . ويبدو أن أنواع السلوك التي تأثرت كثيراً بهذا البطء هي تلك التي ترتبط بالعناية بالنفس كالاغتسال والحلاقة والاستحمام واللبس . ويستغرق المريض زمناً طويلاً للقيام بهذه النشاطات ، وكثيرا ما يظل زمنا في كل مرحلة ، ويتحرك بخطوات صغيرة بطيئة . وتشير البيانات المتاحة إلى أن هذا البطء يمكن النظر إليه بشكل أفضل على أنه نتيجة لدفعة قهرية للانشغال بأنواع السلوك المعنية بطرق معينة وخاصة ، مع التأكد من أن كل خطوة قد تم إنجازها بطريقة سليمة (de Silva, 1988) .

ولقد شكا كثير من المرضى في دراسة «ريكمان ، وهدجسون» من البطء الوسواسي ، إن ارتداء الملابس والوقاية الصحية الشخصية وطي الملابس . . . وغيرها يمكن أن تستهلك كثيراً جداً من أوقات المرضى إلى الدرجة التي يعجزون فيها عن الوفاء بواجباتهم الأخرى (Davison & Neale,1996,p.151) ؛ ولذلك اقترح هذان المؤلفان هذه الفئة الإضافية ، وهى البطء الوسواسي ، واتضح أن مثل هؤلاء المرضى لا يبدو أن لديهم وساوس محددة يتلوها القيام بطقوس معينة معدة لتخفيض القلق . وبدلا من ذلك فإنهم يقومون بنشاطاتهم اليومية ، وبخاصة ما يتصل منها بالحمام ، برعاية واهتمام

كبيرين ، ولساعات طويلة تستغرق مجهوداً (McCarthy & Foa, 1990) .

وتؤدي الوساوس المتكررة والطقوس والحاجة إلى النظام إلى إبطاء مضطربي الوسواس القهري ، وجعلهم يستغرقون زمناً طويلاً في تكملة نشاطاتهم اليومية مثل لبس الملابس وخلعها ، وأحياناً يكون البطء أكثر المشكلات بروزاً .

ويكشف الفحص الدقيق عادة أنه حتى عندما لا توجد طقوس مرئية تفسر هذا البطء ، فإن هناك مع ذلك مراجعات عقلية أو وساوس تقوم بذلك ، أو أن هناك حاجة إلى اتباع ترتيب دقيق مسبق دون تكرار ؛ ومثل هذه الحالات يمكن أن تستغرق ساعات للقيام بأشياء يمكن لمعظمنا أن يقوم بها في دقيقة أو اثنتين . وعلى الرغم من أنهم قد يدهشون عندما يذكرون عدد الساعات التي استغرقوها ليرتدوا ملابسهم أو ليعبروا الطريق فإن تقديرهم للزمن الموضوعي يعد سويا . على أن البطء القهري لا يؤثر في السلوك التلقائي كقيادة السيارة ولعب الألعاب السريعة التي يستجيب فيها الفرد بشكل مستمر للمؤشرات الجارية ، فالمرضى الذين يستغرقون ساعات للانتهاء من ارتداء ملابسهم أو خلعها قادرون مع ذلك أن يلعبوا مباراة رائعة في تنس الريشة أو الاسكواش أو تنس الطاولة ، ذلك أنهم يقومون – بشكل سريع – بتنفيذ أوامر للوقوف أو الجلوس أو عبور الغرفة (Marks, 1987,p.429f) .

٥ – **النزعة إلى الكمال :**

يوجد لدى مجموعة من مرضى الوسواس القهري نزعة إلى الكمال أو الكمالية Perfectionism ، ويكافحون للوصول إليه ، ويعد واحداً من مشكلاتهم ، فيشعرون بالتعاسة الشديدة ما لم يؤد شيء ما بطريقة «كاملة» ، ونتيجة لذلك فإنهم يجدون أنفسهم غالباً يكررون الأشياء دون توقف (مثال ذلك كتابة خطاب) ، ولا ينجحون كثيراً في الانتهاء من مهمة ما نهائيا . فقد جاءت مريضة طالبة للدكتوراه لطلب المساعدة ، لأنها لم تحرز أي تقدم في رسالتها للدكتوراه ، فكل جملة كانت «غير كاملة» ، وأنها لا تستطيع أن تواصل العمل ما لم تكتب جملة «كاملة» أي مثالية ، وفقرة كاملة

مثالية . . . وهكذا . ولقد ظلت تكتب هذه الرسالة لسنين طويلة ، ومع ذلك كان الإنتاج غير ملموس . وقد تعاطف معها المشرفون على رسالتها ، ولكن هذه الصعوبة لديها قد أعاقتهم عن مساعدتها .

٦ - وجود أكثر من مشكلة :

من الملاحظ أن مرضى الوسواس القهري لدى كل منهم أكثر من مشكلة ، فغالباً ما يجتمع لديهم الاغتسال والمراجعة ، وكذلك بقية الطقوس والوساوس ، وعندما يوصف المريض بأن مشكلته «الاغتسال» أو «المراجعة» . . . أو غيرهما ، فإن ذلك يعنى أن هذه أو غيرها هى المشكلة الغالبة والأساسية لديه في هذا الوقت ، وفضلاً عن ذلك فإن المريض الذي يعانى من مشكلة أساسية في الوقت الذي حول فيه إلى المستشفى قد تكون لديه مشكلة أو مشكلات أساسية مختلفة في الماضي ، وحتى داخل المشكلة الواحدة ذاتها فإن التفاصيل يمكن أن تتغير بتغير الزمن (de Silva & Rachman, 1998,p. 48f) .

٧ - مفهوم المقاومة :

لمفهوم المقاومة Resistence مكان مهم في نظرية التحليل النفسي (انظر : Campbell, 1996,p.626f) . وقد ورد في مجال الوسواس القهري أن كلاً من الوساوس والقهر قد يقاومهما المريض ، ولقد ذكر «سير أو برى لويس» Lewis في مقال منشور منذ مدة طويلة (عام ١٩٣٦) ويقتبسه كثيرون أن الخصلة الأساسية والملمح المركزي لاضطراب الوسواس القهري في الحقيقة هو المقاومة القوية التي يبديها المريض . وقد كشفت الدراسات الأحدث أنه على الرغم من أن المقاومة شائعة جداً فلم يجدها الباحثون ثابتة لا تتغير ، فمن الممكن أن يقاوم المريض- بقوة- وساوسه ودفعاته القهرية في المراحل المبكرة ، ولكنه يظهر مقاومة أقل بكثير بعد تكرار الإخفاق عبر فترة زمنية معينة . وهناك عدد من مرضى الوسواس القهري المزمن لديهم مقاومة منخفضة جداً للأعراض (de Silva, 1988) . وقد اتضح من دراسة «ستيرن ، وكب» أن شعور المقاومة الذاتية

لدى هؤلاء المرضى ليس عاماً ، فظهر أن ٣٢٪ فقط من ٤٥ مريضاً قرروا درجة مرتفعة من المقاومة لدى قيامهم بطقوسهم (Foa & Steketee, 1979) .

وساوس الأسوياء

كثير من الناس يمرون بخبرة الأفكار التي تقتحم عقولهم وقد تكون مرعبة ، وكثير من الناس أيضاً ينشغلون في بعض الأحيان بسلوك له طقوس محددة ، ويزداد تكرار كل من الأفكار المقتحمة البغيضة والسلوك القهري الذي يتم في طقوس معينة عندما نكون وسط موقف ضاغط معين . ولكن قليلاً جدا من هؤلاء الناس هم الذين سيواصلون تطوير اضطراب الوسواس القهري .

وكما في اضطراب الهلع واضطراب الضغوط التالية للصدمة ، فإن خبرة الأفكار المقتحمة - ببساطة - ليست كافية لحدوث الاضطراب ، ولكن يجب أن يطور القلق المتركز حول إمكانية حيازة مزيد من الأفكار المقتحمة .

إن احتمال حدوث الأفكار المقتحمة المتكررة وغير المقبولة يمكن أن ينظمه دائرة المخ المفترضة لحدوث اضطراب الوسواس القهري ، ومع ذلك فإن الميل إلى تطوير قلق نابع عن حيازة أفكار إضافية يمكن أن يكون منذراً بحدوث الاضطراب (Barlow & Durand,1995,p. 198) .

ولقد أظهرت دراسات كثيرة (قام بها كل من : ريكمان ، ودى سيلفا ، وسالكوفسكس ، وهاريسون) أن معظم الناس الأسوياء يجربون الوساوس وتمر بخبرتهم بشكل أو بآخر ، فقد قررت نسبة تتراوح بين ٨٠٪ ، و٩٠٪ من الأشخاص الأسوياء أنهم مروا بخبرة الأفكار أو الدفعات المقتحمة غير المرغوبة ، والتي تشبه بطرق عدة تلك الوساوس التي جربها مرضى يعالجون من اضطراب الوسواس القهري . وتضمن ذلك دفعات لإيذاء أفراد آخرين ، واندفاعات لفعل أشياء خطرة ، وأفكاراً عن الحوادث أو الأمراض .

الفرق بين وساوس الأسوياء والمرضى :

على الرغم مما ذكرنا عن وساوس الأسوياء في الفقرة السابقة فإن الفروق كبيرة بين وساوس الأسوياء والمرضى ، وتتركز الفروق في أن وساوس المرضى تتصف بما يلي :

١ - تحدث الوساوس بتكرار أكثر .

٢ - تدوم الوساوس زمناً طويلاً .

٣ - ترتبط بمستويات مرتفعة من الضيق وعدم الراحة .

٤ - تقاوم بعناد وبقوة أكبر .

٥ - يواجه الفرد صعوبة أكبر في طرد الأفكار والدفعات غير المرغوبة من الذهن .

ومع ذلك فقد بينت دراسات كثيرة أن الوساوس شائعة نسبيا ، وأن الوساوس المرضية تختلف عن الوساوس السوية في درجتها أكثر من طبيعتها (Oltmanns & Emery, 1995, p.208) .

كما نضيف إلى فيصل التفرقة بين وساوس الأسوياء والمرضى ما يلى :

١ - **مدى إعاقة توافق الفرد** : إن مراجعة الأنوار وصنابير المياه والغاز وأقفال المنزل مرة أو مرتين تعد كلها أموراً تكيفية ناجحة لدى الناس عامة ، كما تعد سمات الدقة والنظام والترتيب - إلى حد معين - لدى الباحثين العلميين تكيفية بل مطلوبة ، ولكن استيقاظ الفرد من نومه كي يعيد مراجعة أقفال المنزل مراراً وتكراراً ، أو الطقوس التي يتبعها حتى يستعد للخروج من منزله وتضيع عليه مواعيد مهمة . . . كلها أمور غير تكيفية تشير إلى وساوس مرضية ، قد تجعل الفرد عاجزاً جزئياً .

٢ - **تناسب سلوك الفرد مع الموقف** : إن مراجعة الطيار لأجهزة الطائرة مراراً وتكراراً قبل الإقلاع أمر سوي تماماً ، ولكن قيام الفرد بطقوس المراجعة ذاتها بشكل مكرر كل يوم قبل قيادة سيارته داخل المدينة هي وساوس مرضية فعلاً .

٣ - **الشعور الذاتي بالرضا** : إن اقتناع الفرد بأن ما يقوم به ليس سخيفاً وليس غفلاً من المعنى ، وأنه مقتنع به راض عنه يُعدّ إشارة إلى حالة سوية .

لقد اتضح أن ٧٨٪ من الوسواسيين ينظرون إلى طقوسهم على أنها حمقاء ومخالفة للعقل أو حتى سخيفة . وفي مثل هذه الحالات ، مع ذلك ، فإن الفهم العقلاني لا يتحول إلى فهم انفعالي ، ولا يقدر الفرد على إيقاف أفكاره الوسواسية (Seamon & Kenrick, 1992,p.535) ، وهذا لا يحدث مع الأسوياء .

إن الخط الفاصل بين الطقوس القهرية والسلوك السوي صعب التحديد غالباً ، فكم مرة في اليوم يجب أن يغسل الإنسان يديه ؟ كم طول الوقت الذي يجب أن يستغرق أخذ (دش) ؟ هل من المعقول أن يراجع الفرد أكثر من مرة ليتأكد من أن الباب مغلق أو أن الساعة المنبهة تعمل ؟

وقد وضع الدليل التشخيصى الرابع للاضطرابات العقلية المعايير التحكمية الآتية :

١- تصبح الطقوس قهرية إذا تسببت في ضيق وكرب واضحين .
٢ - تستغرق أكثر من ساعة واحدة في اليوم لتنفيذها .
٣ - تتدخل في حسن قيام الفرد بوظائفه المهنية والاجتماعية السوية وتؤثر فيها (APA, 1994, p. 423) .

ومن السوي والطبيعي لشخص ما أن تكون لديه بين الحين والآخر فكرة تطفلية غريبة تقتحم عقله ، إن كثيرا من الناس يمرون - من وقت إلى آخر - بخبرة محددة تتضمن أفكاراً شاذة أو غريبة Bizarre أو جنسية أو عدوانية ، وبخاصة إذا كانوا في حالة ملل مثل : الجلوس في فصل دراسي . ولكن معظم الأفراد يدعون هذه الأفكار تدخل من أذن وتخرج من الأخرى . على أن بعض الأشخاص يصبحون في حالة رعب من أن تكون لديهم مثل هذه الأفكار ، ويعدونها غريبة ومغتربة ، ومقتحمة ، وذات قوة شريرة (Barlow & Durand, 1995,p. 189) .

كما برهنت بعض الدراسات على أن الوساوس (سواء أكانت سوية أم مرضية) متغيرة تبعاً لاختلاف الظروف والأحوال ، فقد ظهر مثلا أن الوساوس تميل إلى أن تتزايد نتيجة القلق ، وتتناقص بالاسترخاء أو زيادة موجات ألفا في الرسم الكهربي للدماغ EEG

التي يفسرها بعض الباحثين بأنها تشبه حالة الاسترخاء . وحدثت زيادة شديدة في الأفكار غير المرغوبة المضايقة التي تقتحم العقل لدى الأمهات اللاتي يدخل أطفالهن المستشفى لإجراء جراحة ، وتناقصت هذه الأفكار بسرعة إلى المستوى السوي بعد إتمام الجراحة بنجاح ، وذلك كما بينت دراسة «ريكمان» .

وبرهن «هوروفتز» على أنه بعد التعرض لأحداث ضاغطة فإن الأسوياء يميلون إلى أن يخبروا الأفكار التي تقتحم عقولهم وتتطفل عليها بشكل متكرر ، ولم يحدث ذلك في دراسة «هوروفتز» بعد مشاهدة فيلم ضاغط ومزعج فقط بل أيضاً بعد مشاهدة فيلم مثير للشهوة الجنسية ، وذلك أكثر من مشاهدة فيلم محايد . ومن ثم فإن الأفكار المزعجة يبدو أنها تنتج عن أي خبرة انفعالية عميقة ، سواء أكانت مزعجة أم سارة ، مرتبطة بكارثة أم بالجنس المثير للشهوة (Marks, 1987,p. 433) . كما تحدث الأعراض القهرية كذلك بدرجة متزايدة في حالات التعب (Leigh, *et al.*, 1977,p. 96) .

وقد قارنت «مايلز» بين عينة من الآباء الذين فقدوا أبناءهم بعد حادث أو مرض مزمن (المجموعة التجريبية) وعينة أخرى من الآباء الذين لم يفقدوا أبناءهم (المجموعة الضابطة) ، وتمت المقارنة في كل من : الأعراض الانفعالية ، والصحة الجسمية . وكانت الفروق جوهرية بين المجموعتين في الاتجاه المتوقع ، فحصلت المجموعة التجريبية على متوسط أعلى في كل من : الوسواس القهري ، والقلق ، والاكتئاب . . . وغيرها (Miles, 1985) ، ويمكن أن نستنتج من هذه الدراسة أن الحوادث الضاغطة للحياة يمكن أن ترفع من درجة الوسواس القهري وغيره من الاضطرابات .

الأفعال القهرية لدى الأسوياء

قد يكون الخط الفاصل بين الأفعال القهرية لدى المرضى والأسوياء غير محدد بدقة ، وكما ذكرنا في الفقرة السابقة فقد دلت الدراسات على انتشار الوساوس لدى الأسوياء بأكثر مما كان يتصور الباحثون . والأمر مشابه لذلك في الأفعال القهرية ؛ أي أن نسبة

لا بأس بها من الأسوياء لديها هذه الأفعال ، ولكن مازالت التفرقة ممكنة بين السمات والأعراض القهرية .

وهناك عرض يمر به ويخبره معظم الراشدين في وقت أو آخر من أوقات حياتهم ، والذي يحمل تشابهاً وثيقاً مع الأعراض القهرية ، أو قد تكون له طبيعة قهرية أصيلة ، وهو ببساطة استمرار مضمون عقلي معين ومداومته وإلحاحه ، على الرغم من أنه لا يخدم أي غرض تكيفي ، وأحد الأشكال الشائعة التي يحدث بها ذلك ، أن يلح على ذهن الفرد موقف معين ، على الرغم من أنه يفعل ما في وسعه ليحول عقله إلى أشياء أخرى . ومن الأشياء التي تعد معرضة ليكون لها هذا التأثير : اللحن الموسيقي ، أو أبيات الشعر ، أو السجع ، ولا شك في أن ذلك راجع إلى طبيعتها الإيقاعية ، وهذه الطبيعة مما نقابله كثيراً في الأعراض القهرية . ومع ذلك فليس ثمة حاجة دائماً إلى أن تكون موجودة ، فمن المألوف لدى معظم من يعملون أعمالا عقلية أن تمر بهم ليال يجدون فيها صعوبة في الاستغراق في النوم ، نتيجة لموضوعات ذات طبيعة قهرية ، تدور في عقولهم ، ويفكرون فيها كذكريات اليوم الماضي أو خطط الغد . إن أي حادث أو مشهد يترتب عليه انفعال بالإحباط أو التهيج أو التوتر بحيث تكون هذه الانفعالات متصلة بها اتصالاً وثيقاً ، فإنها تكون معرضة بوجه خاص لأن تعمل بوصفها مركزاً لاجترار الأفكار (Mayer-Gross, *et al.*,1960 p. 151) .

ومن الواضح أن كثيراً من الناس لديهم خرافات وأنواع من السلوك النمطى الذي يشبه السلوك القهري المرضى ، والأكثر أهمية من ذلك أن هناك عدداً من الناس لم يذهب إلى العيادات أو المستشفيات قط لديهم أنواع من السلوك القهري الذي يشبه شبها شديداً السلوك ذاته لدى قرنائهم على الرغم من أنه لا يعجزهم . وقد قدم الدليل الواضح على ذلك ، حيث ظهر أن ١٠٪ تقريبا من عينة قوامها ٣٨٤ شخصاً حصلوا على درجة خمسة أو أكثر (وكان مدى الدرجات الممكنة هو صفر - ٩) على المقياس الفرعي الخاص بالمراجعة في قائمة «مودسلى» للوسواس القهري MOCI ، في حين كان ٣٤٪ فقط

متحررين تماماً من الأعراض (أي حصلوا على درجة صفر) . وفي دراسة ثانية أجريت على ١٤٨ طالبة جامعية ظهر أن نسبة من لديهن أعراض المراجعة - كما تحددت بالمعيار ذاته - هي ١٢٪ ، في حين أن ١٩٪ فقط منهن كُنّ متحررات تماماً من أعراض المراجعة .

والأنواع النموذجية لسلوك المراجعة التي كان يقوم بها هؤلاء الأفراد في العينة غير المرضية مشابهة تماماً لنظائرها لدى المرضى القهريين مثل : المراجعة للتأكد من أن الأبواب موصدة ، والمراجعة بهدف التأكد من أن الأجهزة الكهربية غير موصلة بالكهرباء ، ومراجعة الملابس وفحصها خشية أن تكون متسخة . كما أسفرت دراسة إيطالية قام بها «سانا فيو ، وفيدوتو» باستخدام قائمة «مودسلى» عن وجود كل من المراجعة والتلوث والنظافة والشك واقتحام الأفكار والبطء لدى الذكور ، وكان ذلك في عينة غير مرضية ذات حجم كبير (ن=٨٦٨) (de Silva, 1988) .

وقد ورد في الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع (انظر الفصل الخامس) عدد من المحكات التشخيصية التي تميز بين الأفعال القهرية (وكذلك الوساوس) لدى الأسوياء والمرضى .

الوسواس القهري والشخصية

تتوافر الأدلة على أن الأسوياء والمرضى يختلفون فقط على أساس كمي في خبرتهم بالوساوس والقهر ، ويمر معظم الناس - في وقت ما من حياتهم - بخبرة الأفكار المقتحمة والمتكررة وغير المرغوبة ، ويقومون - نتيجة لذلك - بأنواع من السلوك غير الضروري والمتكرر . وتتضمن الأمثلة النموذجية لذلك الأفكار الجنسية الطفيلية التي تدوم وقتاً ما ، أو المراجعات المتكررة التي لا معنى لها للتأكد من أن جهازاً منزلياً ما قد أغلق . ومع ذلك فإن مثل هذه الأفكار لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري تعد مقتحمة وتطفلية أي وسواسية ، ومتكررة ، ولا يمكن التحكم فيها بوجه خاص ، ويصاحبها أفعال قهرية : سلوك كالطقوس عديم المعنى ، يشعر المريض بأنه مدفوع للقيام به .

وفي عام ١٩٧٨ قدم «ريكمان ، ودى سيلفا» افتراض التشابه بين الوساوس والقهر

السوي والمرضي منها ، وقد سادت هذه الفكرة في الدراسات النفسية منذ ذلك التاريخ (انظر ص ص ١٠٨ - ١١٣) .

لقد كشفت دراسة «سكارابيلوتي» وصحبه (Scarrabelotti, *et al.*, 1995) أن زيادة العصابية ترتبط بزيادة السلوك الوسواسي القهري ، وأن الاكتئاب عنصر مهم في الوساوس والقهر . كما ظهر أن العصابية والمسؤولية منبئان دالان بدرجة الاضطراب الذي تسببه الوساوس والقهر ، وعلى العكس من ذلك فإن الانبساط والذهانية ليسا منبئين جيدين باضطراب الوسواس القهري .

ويذكر «تمبلر» وصحبه أن مضطربي الوسواس القهري يكشفون عن عصابية مرتفعة ، وانبساط منخفض ، وعن حاجة للإنجاز مرتفعة ، واستقلالية ، وحاجة منخفضة إلى كل من : الاجتماع والسيطرة والتغير ، وميل نحو أعراض القلق أو الهم والذنب والخوف المرضي ، والعزلة والتحفظ ويقظة الضمير ، وهم مستهدفون للاكتئاب (Templer, *et al.*, 1993, p.75) .

وفي دراسة عربية (أحمد عبد الخالق ، ومايسة النيال ، ١٩٩٠) ارتبط المقياس العربي للوسواس القهري ارتباطا جوهريا بمقاييس كل من : القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية ، واستخرج عامل واحد تشبعت به كل المقاييس تشبعات جوهرية مرتفعة ، وانطبق ذلك على الجنسين ، مما يدل على ارتباط الوسواس القهري بالشخصية ارتباطاً وثيقاً . كما درس صفوت فرج (١٩٩٩) العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري ، واستخرج بعض الارتباطات الدالة التي تسير في الاتجاه المتوقع .

والحقيقة أن العلاقة بين الشخصية واضطراب الوسواس القهري علاقة متشابكة ومركبة ، وأجريت عليها دراسات كثيرة لا يتسع المقام لعرضها تفصيلاً .

ملخص

الوساوس أفكار تطفلية مداومة ومعاودة وتقتحم الفكر من داخله ، وتتسبب في حدوث القلق ، أما القهر فهو أفعال نمطية حسية جسمية أو عقلية ، يقوم بها الفرد للتخلص من القلق الناجم عن الوساوس ، وتوجد الوساوس والقهر معاً عادة ، ولكن قد تحدث الوساوس دون أن يصاحبها فعل قهري ، ومن النادر جدا أن يحدث القهر دون وساوس ، ولكنه قد يحدث في حالات قليلة جداً . وفي كثير من الحالات فإن الخط الفاصل بين الوساوس والقهر ليس حاداً دائماً .

ولاضطراب الوسواس القهري أنماط عدة أهمها سبعة كما يلي :

١ - الاغتسال والتنظيف .
٢ - المراجعة .
٣ - التكرار .
٤ - الترتيب .
٥ - الخزن أو التخزين .
٦ - طقوس التفكير .
٧ - الوساوس البحتة .

مع ملاحظة أن المصابين باضطراب الوسواس القهري لديهم عادة أكثر من نوع أو نمط .

وتشمل عناصر الخبرة الوسواسية القهرية عشرة جوانب كما يلي : المنبه الذي يقدح زناد الفعل ويظهره ، والشعور بالضيق ، والدفعة القهرية ، والسلوك القهري ، و خفض الضيق ، والخوف من وقوع كارثة ، والمسؤولية المتضخمة ، والبحث عن إعادة التوكيد أو الطمأنة ، والتجنب ، والتعطيل .

ومن أهم خصال الوسواس القهري ما يلي : الشك ، والتردد ، وعدم الحسم ، والاجترار ، والبطء ، والنزعة إلى الكمال ، ووجود أكثر من مشكلة ، والمقاومة . ويجب التفرقة بين الوساوس والأفعال القهرية كما توجد لدى المضطربين وكما توجد عند الأسوياء . ويعرض الفصل التالي لطرق تشخيص اضطراب الوسواس القهري وقياسه .

* * *

الفصل الخامس

التشخيص والقياس

تمهيد :

كيف يُشخَّص اضطراب الوسواس القهرى ؟ وكيف تحدد درجة أى فرد على هذا الاضطراب ؟ وللإجابة عن هذين السؤالين يعرض هذا الفصل لأهم طريقتين فى تحديد اضطراب الوسواس القهرى وتشخيصه ، وهما : التشخيص الطبى النفسي ، والقياس النفسي . ويستخدم الطب النفسي محكات تشخيصية محددة ، نعرض لها تبعا للدليل التشخيصى والإحصائي الرابع DSM IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين APA ، فى حين يطبق علم النفس الإكلينيكى مقاييس نفسية ذات خصائص معينة ، ويجرى مقابلات تشخيصية ، مع توظيف أمثل للمشاهدة الإكلينيكية .

أولا ـ المحكات التشخيصية

المحكات التشخيصية Diagnostic Criteria هى الملامح الأساسية والجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية التى تستخدم مؤشراً رئيساً لتحديد الاضطراب النفسي أو العقلى وتساعد على تشخيصه ، ومن ثم فإن لكل اضطراب محكات محددة تستخدم لتشخيص الأفراد اعتماداً عليها .

والملامح الأساسية لاضطراب الوسواس القهرى هى الوساوس Obsessions المعاودة Recurrent (أى التى تعاود الظهور وتتكرر) وكذلك القهر Compulsion المعاود (المحك أ) ، وتعد هذه الوساوس أو ذلك القهر عنيفاً وشديداً إلى الدرجة التى تجعله مستهلكا للوقت (أى أنه يستغرق أكثر من ساعة في اليوم الواحد) ، أو أنه يسبب ضيقاً وألماً ملحوظين ، أو إضعافاً للفرد وتعطيلا له بدرجة كبيرة (المحك جـ) . وفى نقطة محددة خلال سير الاضطراب ومجراه يوقن الفرد ويتأكد من أن الوساوس أو القهر مفرط وزائد أو

غير معقول (المحك ب) . وإذا وجد أحد اضطرابات المحور الأول فإن محتوى الوساوس والقهر لا يقتصر عليه (المحك د) . ولا يكون هذا الاضطراب (الوساوس والقهر) راجعاً إلى تأثيرات فيزيولوجية (متصلة بوظائف أعضاء الجسم) ناتجة عن تعاطى مادة معينة (مثال ذلك إساءة استخدام عقار ما أو علاج معين) أو نتيجة لحالة طبية عامة (المحك هـ) (APA, 1994, p.417f) . ويبين جدول (١٣) هذه المحكات .

جدول (١٣) : المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهرى

أ - إما الوساوس وإما القهر :

تتحدد الوساوس بالمحكات الأربعة الآتية :

١ - أفكار أو دفعات أو صور متخيلة، تعد معاودة متكررة، ومستمرة موصولة، يجربها الفرد ويمر بها - فى مرحلة معينة من مراحل الاضطراب - على أنها مقتحمة لعقله، وغير ملائمة، ومسببة لقلق أو ضيق وكرب ملحوظ .

٢- لا تعد الأفكار أو الدفعات أو الصور المتخيلة - ببساطة - انزعاجاً زائداً من المشكلات الواقعية للحياة .

٣- يحاول الفرد أن يتجاهل أو يقمع (يضغط) مثل هذه الأفكار أو الدفعات أو الصور المتخيلة، أو يحاول أن يعادلها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى .

٤- يوقن الفرد أن الأفكار الوسواسية والدفعات والصور المتخيلة نتاج لعقله الشخصى (وليست مفروضة عليه من الخارج كما فى حالة إدخال الأفكار وهو عرض فى الفصام) .

وتعرف الأفعال القهرية بالجانبين الآتيين :

١ - السلوك المتكرر (مثل : غسل اليدين، والترتيب، والمراجعة) أو الأفعال العقلية (مثل : الصلاة، والعد، وتكرار الكلمات بشكل صامت) التى يشعر الفرد بأنه مجبر على القيام بها استجابة لوسواس، أو تبعا لقواعد يتعين اتباعها بحذافيرها .

تابع جدول (١٣)

٢ - يهدف السلوك أو الأفعال العقلية إلى منع حالة الضيق والكرب أو التقليل منها ، أو إلى منع حادث أو موقف مروع ، ومع ذلك فإن هذا السلوك أو الأفعال العقلية إما أنها غير مرتبطة - بطريقة واقعية - بما وضعت كي تعادله neutralize ، وإما أنها زائدة مفرطة بشكل واضح .

ب - يقر الفرد ويسلم - فى نقطة معينة من سير الاضطراب - بأن الوساوس أو الأفعال القهرية مفرطة مبالغ فيها أو غير واقعية .

ملحوظة : لا ينطبق ذلك على الأطفال .

جـ - الوساوس والأفعال القهرية التى تسبب ضيقاً وكرباً واضحين تعد مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة فى اليوم) ، أو تتدخل كثيراً وتؤثر فى نظام الحياة اليومي (الروتين) العادي ، والوظائف المهنية (أو الأكاديمية) ، أو النشاطات الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات مع الآخرين .

د - إذا كان المحور (١) لاضطراب آخر موجوداً يكون محتوى الوساوس أو الأفعال القهرية غير محصور فيه (مثال ذلك : الانشغال بالطعام فى وجود «اضطراب الأكل» ، وهوس نتف الشعر وجذبه فى وجود «اضطراب النتف القهرى للشعر» Trichotillomania ، والانشغال بالمظهر فى وجود «اضطراب تشوه شكل الجسم» Body Dysmorphic Disorder ، والانشغال بالأدوية والعقاقير فى وجود «اضطراب استخدام المواد» ، وانشغال الفرد بأن لديه مرضاً خطراً فى وجود «اضطراب توهم المرض» ، وانهماك الفرد بالدفعات أو التخيلات الجنسية فى وجود «اضطراب التعبير عن الجنس» ، أو اجترار الأفكار المتصلة بالذنب فى وجود «اضطراب الاكتئاب الأساسي» .

هـ - لا يعد الاضطراب راجعا إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتعاطى مادة معينة (مثل : إساءة استخدام العقار أو العلاج) أو نتيجة لحالة طبية عامة .

عن : (APA, 1994, p.422f) .

تطبيق المحكات التشخيصية على المريض :

يقوم الطبيب النفسى الممارس بمقابلة شخصية للمريض ، وفي أثناء المقابلة التشخيصية يتأكد من انطباق هذه المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب الوسواس القهرى على الحالة ، كما يتعين على الطبيب أيضاً أن يقوم بالتشخيص الفارق .

التشخيص الفارق :

حتى يتأكد القائم بالتشخيص من أن الحالة اضطراب الوسواس القهرى فلابد أن يحدد التشخيص الفارق بين هذا الاضطراب وكل من : القلق ، والمخاوف ، وتشوه الجسم ، والاكتئاب ، وتوهم المرض ، والذهان ، والفصام ، واللزمات العصبية ، واضطرابات الأكل ، والمقامرة المرضية ، والإدمان على الخمر ، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (APA, 1994, p.422) .

ثانيا ـ المقاييس النفسية

مقدمة :

القياس جانب مهم من جوانب العلم والممارسة معاً ؛ النظر والتطبيق ، ويعد قياس اضطراب الوسواس القهرى أمراً مهماً فى كل من البحوث والممارسة الإكلينيكية ، وبصرف النظر عن التفرقة بين السمات والأعراض فمن الأهمية بمكان أن نعرض بعض الأدوات والمقاييس المتاحة لقياس الوساوس والقهر ، فقد طور عدد من أدوات القياس النفسى المقننة لقياس أعراض الوسواس القهرى وسماته ، وبخاصة فى اللغة الإنجليزية ، ويذكر «كيم ، ودايسكن ، وكيتز» (Kim, Dysken, & Katz, 1989) أنه حتى السبعينيات من القرن العشرين لم تتح للإكلينيكيين والباحثين مقاييس تقدير مقبولة لقياس اضطراب الوسواس القهرى ، ولكن مقاييس الوسواس القهرى المتاحة الآن – وبخاصة في اللغة الإنجليزية – كثيرة ، نعرض نماذج لها فيما يلى :

أ - «قائمة لايتون الوسواسية» Leyton Obsessional Inventory (LOI)

وهي من وضع «كوبر» (Cooper, 1970) ، وتعد أول قائمة شاملة تقيس اضطراب الوسواس القهرى . وتشمل ٦٩ سؤالاً يُجاب عنها بـ «صواب - خطأ» ، وصممت لفحص ربات البيوت الكماليات Perfectionist (الراغبات في تحقيق الكمال) ولتشخيص الأعراض الوسواسية (الـ٤٦ بندا الأولى) ، والسمات الشخصية الوسواسية (الـ٢٣ بنداً التالية) (انظر جدول ١٤) . ويستخرج من قائمة «لايتون الوسواسية» درجات على مقاييس فرعية أربعة سميت : الأعراض ، والسمات ، والمقاومة ، والتدخل .

جدول (١٤) : نماذج من بنود قائمة «لايتون» الوسواسية

١- هل أنت مجبر من داخلك غالباً على القيام بأشياء معينة على الرغم من أن عقلك يخبرك بأنها غير ضرورية ؟

٥- هل تجد نفسك مضطراً إلى مراجعة الأشياء مرات كثيرة ؟

١٥- هل رؤية السكاكين والمطارق والبلطات أو الأشياء الأخرى فى منزلك والتى يحتمل أن تكون خطرة تضايقك وتجعلك تشعر بالعصبية ؟

١٧- هل أنت شديد العناية بأن تجعل يديك نظيفتين ؟

٤٨- هل تحتفظ بمقدار كبير من الصناديق أو العلب الفارغة والحقائب الورقية والصحف القديمة لأنها يمكن أن تكون ذات فائدة يوماً ما ؟

ولقد برهن «كوبر» على ارتفاع ثبات إعادة التطبيق والصدق التمييزي لقائمة «لايتون» الوسواسية ، حيث فرقت بين كل من مرضى الوسواس وسيدات البيوت من ذوات النزعة إلى الكمال والأسوياء . وكشف تحليل المكونات الأساسية عن ثلاثة

مكونات هى : الانشغال بالنظافة والترتيب ، والشعور بعدم الاكتمال ، والمراجعة والتكرار . ونتج عن هذه القائمة صيغ معدلة كثيرة مشتقة من القائمة الأصلية .

ومع ذلك فقد اتضح أن هذه القائمة تعانى من جوانب قصور متعددة فى الثبات والصدق والحساسية للتغير نتيجة العلاج (Goodman & Price, 1992) ، فقد أخفقت الدرجات عليها فى أن تعكس التحسن الإكلينيكى فى اضطراب الوسواس القهرى بعد تعاطى عقار كلومبرامين (Kim, *et al.*, 1989) ، كما يركز محتوى قائمة «لايتون» الوسواسية بقوة على السمات الشخصية القهرية أكثر من الجوانب السلوكية والمعرفية المرتبطة باضطراب الوسواس القهرى ، ويبدو كذلك أن عدداً كبيراً من البنود يرتبط بالثقافة البريطانية بوجه خاص (Freund, Steketee, & Foa, 1987) . وعلى الرغم من أن هذه القائمة كانت واحدة من أكثر الأدوات استخداما خلال السبعينيات لتقدير حالة مرضى اضطراب الوسواس القهرى فى المحاولات الإكلينيكية للعقاقير (Kim, *et al.*, 1989) فإنها لم تعد تستخدم في الدراسات الحالية كما كانت تستخدم قبلاً (Richer, Cox, & Direnfeld, 1994) .

وقامت نجمة الخرافي (١٩٨٥ ، ص ص٧٩- ١٤٠) بتعريب قائمة «لايتون» للوساوس ، واستخدمتها في دراسة ميدانية على عينة كويتية وخليجية ، بعد استخراج معاملات ثباتها وصدقها ، وقد كانت معاملات مرتفعة .

ب- قائمة «مودسلي» للوسواس القهرى (*) :

Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)

صمم هذه القائمة «هودجسون ، وريكمان» (Hodgson & Rachman, 1977) وتشمل ثلاثين عبارة يجاب عن كل منها بصيغة «صواب - خطأ» ، وترتبط بنود هذه

* هذه القائمة نسبة إلى مستشفى «مودسلى» في لندن بإنجلترا .

القائمة بالنوعين الأساسيين من الشكاوى ، وهما : الاغتسال Washing والمراجعة Checking ، فضلا عن جانبين صغيرين هما : البطء Slowness والشك Doubting . وقد قام كاتب هذه السطور بترجمة هذه القائمة . ويبين جدول (١٥) نماذج من بنود قائمة «مودسلى» .

جدول (١٥) : نماذج من بنود قائمة «مودسلى» للوسواس القهرى

١- أتجنب استخدام الهواتف العامة بسبب إمكانية التلوث .
٢- كثيراً ما تنتابنى أفكار بغيضة وأجد صعوبة فى التخلص منها .
١٢- إتأخر فى عملى لأننى أكرر الأشياء مرات كثيرة .
٢٠- إن مشكلتى الأساسية هى مراجعة الأشياء بصورة متكررة .
٢٦- أستغرق وقتاً طويلاً جداً كى أنتهى من الاغتسال فى الصباح .

وتقيس قائمة «مودسلى» للوسواس القهرى وجود مختلف الشكاوى الوسواسية القهرية ومداها (درجتها) ، ومن ثم فإنها تقيس الشكاوى والأعراض الوسواسية القهرية وليس السمات الشخصية الوسواسية القهرية . ومعاملات الاتساق الداخلى وثبات إعادة التطبيق تعد مرضية تماماً لقائمة «مودسلى» . وكشفت دراسة على الطلاب الإيطاليين (Sanavio & Vidotto, 1985) عن ثلاثة عوامل : سلوك المراجعة والهم ، ومشكلات التلوث والنظافة ، والشكوك والأفكار المقتحمة للعقل ، واستخرج أيضا مكون رابع لدى الذكور سُمِّى : البطء الوسواسي .

وهذه القائمة تقيس الجوانب المعرفية والسلوكية لاضطراب الوسواس القهرى (Freund, *et al*., 1987) ، ومع ذلك فإن هذه القائمة أكثر قبولاً ومناسبة للأغراض التشخيصية أكثر من القياس الذى يهدف إلى تقدير التغير الإكلينيكى بعد تعاطي عقار أو تلقي علاج نفسي (Kim, *et al*., 1989) ، كما أنها لا تغطي - بدرجة كافية - مدى

الأعراض الوسواسية القهرية التى تشاهد فى الممارسة الإكلينيكية (العيادات النفسية) ، وهى - نسبياً - غير حساسة للتغيرات التى يحدثها العقار فى الأعراض الوسواسية القهرية (Goodman & Price, 1992) ، ومع ذلك فإن قائمة «مودسلى» للوسواس القهرى تستخدم غالباً فى دراسات العلاج السلوكى وفي الدراسات عن الشكاوى الوسواسية في العينات غير الإكلينيكية (Richer, *et al*, 1994) ، ويجرى الآن العمل لإصدار صيغة منقحة .

جـ - قائمة النشاط القهرى Compulsive Activity Checklist (CAC)

طور هذه القائمة «هلاَّم» ، وأوردها «فيلبوت» لأول مرة عام ١٩٧٥ ، ونشرت أول بيانات عنها عام ١٩٧٧ من قبل «ماركس ، وهلاَّم ، وكونالليى ، وفيلبوت» (Steketee & Freund, 1993) وأمدنا «فرويند» وصحبه (Freund, *et al*., 1987) بمعلومات عن الخصائص السيكومترية للقائمة بوصفها مقياساً لأعراض الوسواس القهرى .

وتشتمل قائمة النشاط القهرى على ٣٨ بنداً ، تعد مقياس تقرير للسلوك ، يضم مختلف الأفعال والنشاطات التى تشيع بوصفها مشكلات لدى مضطربى الوسواس القهرى . ويهدف المقياس إلى تقدير مدى تدخل سلوك الوسواس القهرى في الحياة اليومية للفرد (انظر جدول ١٦) .

ولقائمة النشاط القهري ثبات إعادة تطبيق أقل من المعايير المقبولة بقليل ، ولكن لها اتساقاً داخلياً مرتفعاً . واستخرج من التحليل العاملى عاملان هما الاغتسال والمراجعة . وتمت البرهنة على الصدق الاتفاقى للدرجة الكلية والمقياسين الفرعيين بدرجة مقبولة لدى عينة من المرضى . واستخرج «ستيرنبيرج ، وبيرنز» من المقياس - كما طبق على عينة غير إكلينيكية - ثلاثة عوامل هى : الاغتسال ، والمراجعة ، والصحة الشخصية (Sternberg & Burns, 1989) .

ويشيع استخدام قائمة النشاط القهرى بوساطة المعالجين السلوكيين ، ويتاح للمقياس صيغة فرنسية (انظر : Cattraux, Bouvard, Defayolle, & Messy 1988) ، ثم وضعت للمقياس صيغة مختصرة (٢٨ بنداً) تعدّ تحسيناً للصيغة الأولى المطولة (Steketee & Freund, 1993) .

جدول (١٦) : نماذج من بنود قائمة النشاط القهرى

تعليمات : ضع تقديراً أمام كل نشاط فى المقياس الوارد أسفل هذا ، تبعا لما يوجد من إعاقة راجعة إلى الأعراض الوسواسية القهرية لديك على أساس ما يلى :

صفر لا مشكلة مع هذا النشاط .

١ - يستغرق النشاط ضعف الوقت الذى يستغرقه معظم الناس ، أو يجب علىّ أن أكرره مرتين أو أتجنبه .

٢ - يستغرق النشاط ثلاث مرات أطول من معظم الناس ، أو يجب عليَّ أن أكرره ثلاث مرات أو أتجنبه عادة .

٣ - أنا عاجز عن تكملة النشاط أو البدء فيه .

النشاطات :

٣ - غسل اليدين والوجه .

٤ - اعتنائي بشعرى (غسل ، تمشيط ، تفريش مثلاً) .

٦ - لبس الملابس وخلعها .

٩ - لمس الناس أو يلمسنى الآخرون .

١٢- غسل الأطباق .

١٥- جعل الأشياء نظيفة ومرتبة .

١٦- ترتيب السرير .

١٧- تنظيف الحذاء .

١٨- لمس مقابض الأبواب .

٢٢- فتح الأبواب والنوافذ أو غلقها .

٢٤- عمل عملية حسابية أو العد .

٣٦- استخدام الحمامات العامة .

د - قائمة بادوا (Padua Inventory (PI

وضـع «سـانافيـو» (Sanavio, 1988) هـذه القـائمـة التى اتخـذت اسم مـدينة «بـادوا» الإيطاليـة اسمـاً لهـا . وللقـائمة صيـغتـان : إنجليـزية وإيطالية ، ولهـا بيانات معياريـة وخـواص جيـدة ، كمـا طبقت على عينـة أسترالية غيـر إكلينيكـية من الطلاب (Kyrios, *et al.*, 1996) ، وتتكون من ستين عبارة تصف السلوك الوسواسى القهرى الشائع لدى الأسوياء والمرضى . ولها ثبات اتساق واستقرار مقبول ، واستخرج منها أربعة عوامل هى : التحكم المعوق للنشاطات العقلية ، والتلوث ، وسلوك المراجعة ، والدفعات والقلق من فقـد السيطرة على السلوك الحركى ، وللقائمة صدق تلازمى وتمييزى مرتفع (انظر نماذج للبنود في جدول ١٧) .

جدول (١٧) نماذج من بنود قائمة «بادوا»

٣- أجد من الصعب عليّ أن ألمس شيئا عندما أعرف أن غرباء أو أناساً معينين قد لمسوه .

٧- أغسل يديّ أكثر بكثير وأطول من اللازم .

٢٠- أراجع وأعيد مراجعة صنابير الغاز والماء ومفاتيح النور بعد إغلاقها .

٢٥- أراجع الخطابات بدقة مرات متعددة قبل أن أرسلها إلى البريد .

٣٣- تدخل الأفكار المضايقة إلى عقلي ضد إرادتي ولا أستطيع التخلص منها .

٣٤- الكلمات الفاحشة أو القذرة تمر على عقلي ولا أستطيع التخلص منها .

٤٧- عندما أرى قطارا يقترب فإنني أفكر أحيانا أنه من الممكن أن ألقي بنفسي تحت عجلاته .

وقد نقدت قائمة «بادوا» فى أنها تقيس - بالإضافة إلى الوساوس - الهم Worry (Freeston, *et al.*, 1993) ، وقد أجريت دراسة على (٥ , ٠١٠) مبحوثين لاستحداث صيغة معدلة من القائمة متحررة من تأثير الهم ، وطورت هذه الصيغة ، واتضح أن لها خواصّ جيدة (Burns, Keotge, Formea, & Sternberger, 1996) .

هـ : مقياس «ييل - براون» للوسواس القهرى :

Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)

وضع هذا المقياس «جودمان» وصحبه(Goodman, *et al.*, 1989, a, b) تحت اسم جامعتي «ييل ، وبراون» الأمريكيتين . ويشتمل هذا المقياس على عشرة بنود ، ويقدر كل بند من صفر (لا عرض) إلى ٤ (عرض متطرف) ، وقد صمم المقياس بوصفه أداة يقوم بتقديرها الملاحظ Observer - rated ؛ أى الإكلينيكي المتخصص ، ويشتمل على خمسة بنود للوساوس ، ومثلها للأفعال القهرية .

وتوضع تقديرات للبنود بالنظر إلى الدرجة التى تشغل بها وقت المريض ، وتتدخل في الوظائف السوية له ، وتسبب الكرب أو الضيق الذاتى له ، وإلى أى حد يقاومها المريض بطريقة نشطة ، ويمكنه التحكم فيها فعلا (انظر جدول ١٨) .

جدول (١٨) : البنود الأساسية لمقياس « ييل - براون» للوسواس القهرى

أ- الوساوس :
١ - الوقت الذى يُقضى في الوساوس .
٢ - تأثير الوساوس في المريض .
٣ - الضيق أو الكرب الناتج عن الوسواس .
٤ - المقاومة .
٥ - التحكم في الوساوس والسيطرة عليها .
ب - الأفعال القهرية :
٦ - الوقت الذى يقضى فى الأفعال القهرية .
٧- تأثير الأفعال القهرية في المريض .
٨ - الضيق أو الكرب الناتج عن الأفعال القهرية .
٩ - المقاومة .
١٠ - التحكم في الأفعال القهرية والسيطرة عليها .

نماذج من أسئلة مقياس «ييل - براون» للوسواس القهرى :

١- الزمن الذى تستغرقه الأفكار الوسواسية :

كم من وقتك تشغله الأفكار الوسواسية ؟

صفر = لا .

١ = بسيط ، أقل من ساعة في اليوم .

٢ = معتدل ، من ١-٣ ساعة في اليوم .

٣ = شديد ، أكثر من ٣ ساعات وأقل من ٨ ساعات .

٤ = متطرف ، أكثر من ٨ ساعات كل يوم .

٢- تأثير الأفكار الوسواسية :

إلى أى حد تؤثر الأفكار الوسواسية لديك في قيامك بوظائفك الاجتماعية أو المهنية؟ هل هناك أى شيء لا تقوم به بسببها ؟

صفر = لا .

١ = بسيط ، تأثير بسيط ، ولكن الأداء الشامل لا يعوق .

٢ = معتدل ، تأثير مؤكد ، ولكن مازال الأمر يمكن التحكم فيه .

٣ = شديد ، يسبب تعطلا كبيراً .

٤ = متطرف ، معجز .

٣- الضيق المرتبط بالأفكار الوسواسية :

إلى أى حد تسبب لك الأفكار الوسواسية الضيق ؟

صفر = لا .

١ = بسيط ، ليس اضطراباً كبيراً .

٢ = معتدل ، تسبب الاضطراب ولكن يمكن التحكم فيه .

٣ = شديد ، تسبب اضطراباً شديداً جداً .

٤ = متطرف ، تسبب ضيقا مستمراً ومعجِّزاً .

٤ - مقاومة الوساوس :

كم من الجهد تبذل لمقاومة الأفكار الوسواسية ؟ إلى أى حد تحاول ألا تهتم بها أو تحول انتباهك بعيداً عن هذه الأفكار عندما تدخل عقلك ؟

صفر = لا .

١ = بسيط .

٢ = معتدل .

٣ = شديد .

٤ = متطرف .

٥ - درجة التحكم في الأفكار الوسواسية :

إلى أى حد تسيطر على الأفكار الوسواسية لديك؟ إلى أى حد تنجح في إيقافها أو في تغيير تفكيرك الوسواسي ؟ هل يمكنك أن تطردها من ذهنك ؟

(وبدائل الإجابة مثل البند السابق) .

وللمقياس اتساق داخلي جيد ، وكذلك ثبات ما بين المقدرين Inter- rater ، وصدق اتفاقي وتمييزى مرتفع ، كما أن المقياس حساس للتغير الناتج عن العلاج ، وكان الهدف الأصلى من وضع هذا المقياس استخدامه لتقدير نتيجة العلاج بالعقاقير لدى المرضى الذين شخصوا فعلا على أنهم يحققون المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهرى

فى الدليل التشخيصى والإحصائي الثالث المعدل (Goodman & Price, 1992) .

ومن ثم فقد شاع استخدامه في دراسات آثار العقاقير على اضطراب الوسواس القهرى (Goodman, *et al.*, 1989,b) ، ومع ذلك فالمقياس ليس أداة تشخيصية . وطبقه «بير» (Baer,1994) على مجموعة من مرضى الوسواس القهرى ، واستخرج ثلاثة عوامل هى : التناسق / التخزين ، والتلوث / النظافة ، والوساوس الصرف . ولهذا المقياس صيغة تطبق عن طريق الحاسوب (Rosenfeld, Dar, Anderson, Kobak, & Greist, 1992) .

ودرست «جيل ستيكيتى» وزملاؤها (Steketee, *et al.*, 1996) مختلف الجوانب الخاصة بصيغة تقرير ذاتى Self - report لمقياس «ييل - براون» للوسواس القهرى على عينتين غير إكلينيكيتين وعينة مرضى وسواس قهرى وعينة إكلينيكية من غير مرضى الوسواس القهرى . وكشفت صيغة التقرير الذاتي لهذا المقياس عن خواص سيكومترية (خاصة بالقياس النفسى) ممتازة ، وفضلا عن ذلك فإنها موفرة للوقت ، وتعد بديلا أقل كلفة من المقابلة الشخصية في تقدير أعراض اضطراب الوسواس القهرى .

و - قياس الجوانب المعرفية في الوسواس القهرى :

تكونت مجموعة عمل لدراسة الجوانب المعرفية المتعلقة بالوسواس القهرى (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997) ، وبينت أن مزيداً من الدراسات الحديثة المتزايدة برهنت على أن المحتويات المعرفية Cognitive contents وعملياتها تعد جانباً مهماً في بحث أسباب اضطراب الوسواس القهرى ، وقدمت أمثلة كثيرة تبرهن علي أن العوامل المعرفية أساسية في اضطراب الوسواس القهرى ، كما طورت طرق علاجية تهدف إلى تعديل المعتقدات في هذا الاضطراب .

ولتسهيل البحث في الآليات المعرفية وعلاج اضطراب الوسواس القهرى وُضعت عدة مقاييس لتقدير المعتقدات المرتبطة بهذا الاضطراب (١٦ مقياساً على الأقل) . ولكن هذا العدد الكبير من المقاييس وتنوعها قد أدى لسوء الحظ إلى صورة مختلطة لدور الجوانب المعرفية في هذا الاضطراب ، فتكونت هذه المجموعة الدولية من المختصين عقب

انتهاء الملتقى العالمى للعلاجات السلوكية والمعرفية الذى عقد فى الدنمرك في يوليو ١٩٩٥ ، ثم توالت اللقاءات التى دعمتها شركة «سولفاى» للأدوية .

وقامت هذه المجموعة الدولية بمسح للمقاييس المتاحة ، وطورت مقاييس تقرير ذاتى للمعتقدات والتقويمات المتعلقة باضطراب الوسواس القهرى . وظهر أن هناك ستة مجالات للمعتقدات يبدو أنها مهمة في اضطراب الوسواس القهرى وهى :

١- المسؤولية المتضخمة .
٢- الأهمية الزائدة للأفكار .
٣- الانشغال الزائد بأهمية التحكم في أفكار الفرد والسيطرة عليها .
٤- التقدير الزائد للتهديد .
٥ - عدم تحمل الشك .
٦- الكمالية أو النزعة إلى الكمال .

مقاييس أخرى بالإنجليزية :

تجدر الإشارة إلى أن هناك مقاييس أخرى للوسواس القهرى ولكن ما تم عرضه كان أشهرها ، ومع ذلك لابد أن نذكر المقياس الفرعي للوسواس القهري فى كل من : قائمة مراجعة الأعراض - ٩٠ (Derogatis, *et al.*, 1974) ، وهى من ترجمة عبد الرقيب البحيرى (١٩٨٤) ، ومقياس تقدير الاضطرابات النفسية الشامل (Asberg, *et al.*, 1978) .

ز - مقاييس الوساوس المتاحة بالعربية :

مقاييس الوسواس القهرى المتاحة في اللغة الإنجليزية متعددة وكثيرة على عكس الحال في اللغة العربية ؛ إذ يعد هذا النوع من المقاييس قليلا جدا بالمقارنة إلى مقاييس الشخصية والقلق والاكتئاب . ويمكن أن نعدد - في حدود علمنا - عددا محددا من مقاييس الوسواس القهرى المتاحة بالعربية ، ويمكن أن تصنف إلى قسمين : أولهما يضم

- على الأقل - مقياسين هما : المقياس الذى وضعه «جيرالد جب» Gibb وزملاؤه ، وقام مدحت عبد اللطيف (١٩٨٩) بترجمته إلى العربية وإعداده ، واستخراج معاملات ثباته وصدقه ، وتحليل بنوده عاملياً ، وفحص الفروق بين الجنسين في الاستجابة له . ويتكون هذا المقياس من ٢٢ بنداً ، تستخدم مفردتان منها لتحديد مدى صدق الاستجابة . أما المقياس الثاني فهو قائمة «مودسلى» للوسواس القهرى ، من وضع «هودجسون ، وريكمان» (انظر ص ١٢٢) ، وتتكون من ثلاثين عبارة ، وقام بترجمته إلى العربية وإعداده كاتب هذه السطور ، ثم تُرجم بعد ذلك - بشكل مستقل - واستخدمه صفوت فرج (١٩٩٩) .

ويشمل القسم الثاني من المقاييس قوائم متعددة الأوجه يعد الوسواس القهرى أحد مقاييسها الفرعية ، ومثالها المقياس الفرعي السابع فى «قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه للشخصية» MMPI ، وهو مقياس السيكاستينيا Psychasthenia (Pt) . ويقيس هذا المقياس الاجترار الوسواسي للأفكار ، والطقوس السلوكية القهرية ، وبعض أشكال المخاوف الشاذة ، والقلق والهم ، وصعوبة التركيز ، ومشاعر الذنب ، والتردد الزائد ، والتأرجح في اتخاذ القرارات ، والمعايير الأخلاقية المرتفعة ، وارتفاع معايير الأداء العقلى ، ونقد الذات (لويس كامل مليكة ، ١٩٧٤) .

ويمثل مقياس الوساوس (ثمانية بنود) أحد المقاييس الفرعية «لاستخبار مستشفى ميدل سكس» من وضع «كراون ، وكرسب» Crown & Crisp ، ترجمة كل من : محمود عبد الجواد ، ووجيه جرجس ، ويحيى الرخاوى . ويوجه إلى هذا الاستخبار جوانب نقد متعددة (انظر : أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٢ ، ص ٥٨١) .

والوسواس كذلك أحد المقاييس الفرعية لقائمة «ميلون» الإكلينيكية متعددة المحاور Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) ، من وضع «تيودور ميلون» ترجمة السيد عبد الغنى (١٩٩١) وإعداده .

ونقدم فيما يلى أحد المقاييس العربية المؤلفة .

ح ـ المقياس العربى للوسواس القهرى :

قام أحمد عبد الخالق (١٩٩٢) بتأليف المقياس العربى للوسواس القهرى في صيغته العربية ، وأخرى إنجليزية (Abdel-Khalek,1998a,2000a) . وتتاح له صيغة أسبانية (تحت النشر) . وتفيد هذه الصيغ في الدراسات الحضارية المقارنة للوسواس القهرى .

ويشتمل هذا المقياس (انظر نماذج لبنوده في جدول ١٩) على ٣٢ عبارة ، تجاب على أساس «نعم/ لا» ، وللمقياس صدق ظاهرى جيد ، ووصل معامل ثبات إعادة التطبيق إلى ٨٥, ٠ ، أما معامل ألفا فقد كان ٨٠, ٠ ، وكان الصدق المرتبط بالمحك مرتفعاً ؛ إذ وصل إلى ٧١, ٠ ، و٦٩, ٠ للذكور والإناث على التوالى . واستخرجت سبعة عوامل دالة وذات معنى من المقياس وهى :

١ - الشكوك الوسواسية .

٢ - الترتيب والنظام .

٣ - البطء والتردد .

٤ - اجترار الأفكار والقهر .

٥ - التدقيق والتكرار .

٦ - المراجعة .

٧ - الأفكار الوسواسية .

جدول (١٩) : نماذج من بنود المقياس العربى للوسواس القهرى

١- أغسل يدىّ عدداً كبيراً من المرات .
٢- تسيطر على حياتى عادات خاصة ونظم معينة .
٣- أشك فى أشياء كثيرة فى هذا العالم .
٤- تطاردنى الأفكار المزعجة والسخيفة .
٥- تلحّ على خاطرى عبارة معينة أو اسم دواء أو لحن موسيقي .

ويرتبط المقياس العربى للوسواس القهرى ارتباطاً إيجابياً بكل من : العصابية ، وسمة القلق ، والخوف ، والاكتئاب ، واضطرابات النوم ، وقلق الموت ، وفقدان الشهية العصبي ، والتشاؤم ، في حين يرتبط الوسواس القهرى ارتباطاً سلبياً بكل من التفاؤل والانبساط (انظر : أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٢ ، أحمد عبد الخالق ، وبدر الأنصارى ، ١٩٩٥ ، أحمد عبد الخالق ، ومايسة النيال ، ١٩٩٠ ، ١٩٩٢ ، أ ، ب ، عادل شكرى ، ١٩٩١ ، ١٩٩٨) . واستخدم عويد المشعان ، وفريح العنزى (١٩٩٦) المقياس نفسه لدراسة الاضطرابات النفسية لدى الأسرة الكويتية بعد العدوان العراقي . وكانت الأسر على أربعة أنواع كما يلي : أسر الأسرى والشهداء ومن كانوا مقيمين داخل الكويت ومن كانوا مقيمين خارجها إبان العدوان العراقي . ولم تكشف الدراسة عن فروق دالة إحصائيا بين هذه الأسر في الوسواس القهري .

وقد أجرى مصطفى السعدنى (El-Saadany, 1996) دراسة مهمة في رسالته للدكتوراه في الطب النفسى ، وذلك على عينة كبيرة الحجم ، حيث قسمت مدينة الإسكندرية فى مصر إلى ٣٠ منطقة ، وتم اختيار ٨٠ فردا لا تقل أعمارهم عن ١٥ عاماً من كل منطقة ، وبلغ عدد الأشخاص الذين تمت مقابلتهم مع تطبيق المقياس العربى للوسواس القهرى عليهم لتحديد عدد المصابين باضطراب الوسواس القهرى ٢,٤٣٦ شخصاً . أما العينة الإكلينيكية فقد شملت ٢٤ مريضا من اثنين من المستشفيات . ويبين جدول (٢٠) بعض النتائج على المقياس العربى للوسواس القهرى . ويعرض شكل (٦) لمتوسطات المقياس قبل العلاج وبعده (Ibid,p. 147f) .

وقد بينت هذه الدراسة أن عقارى سيتالوبرام CBT Citalopram وكلوميبرامين Clomipramine والعلاج السلوكى المعرفى قد خفضت درجات المقياس العربى للوسواس القهرى بعد العلاج عنه قبل العلاج ، وأنه لا فرق دالا بين الأنواع الثلاثة من العلاج (Ibid, p. 223) . ويبين جدول (٢١) معاملات ارتباط المقياس وثلاثة هرمونات (p.167) .

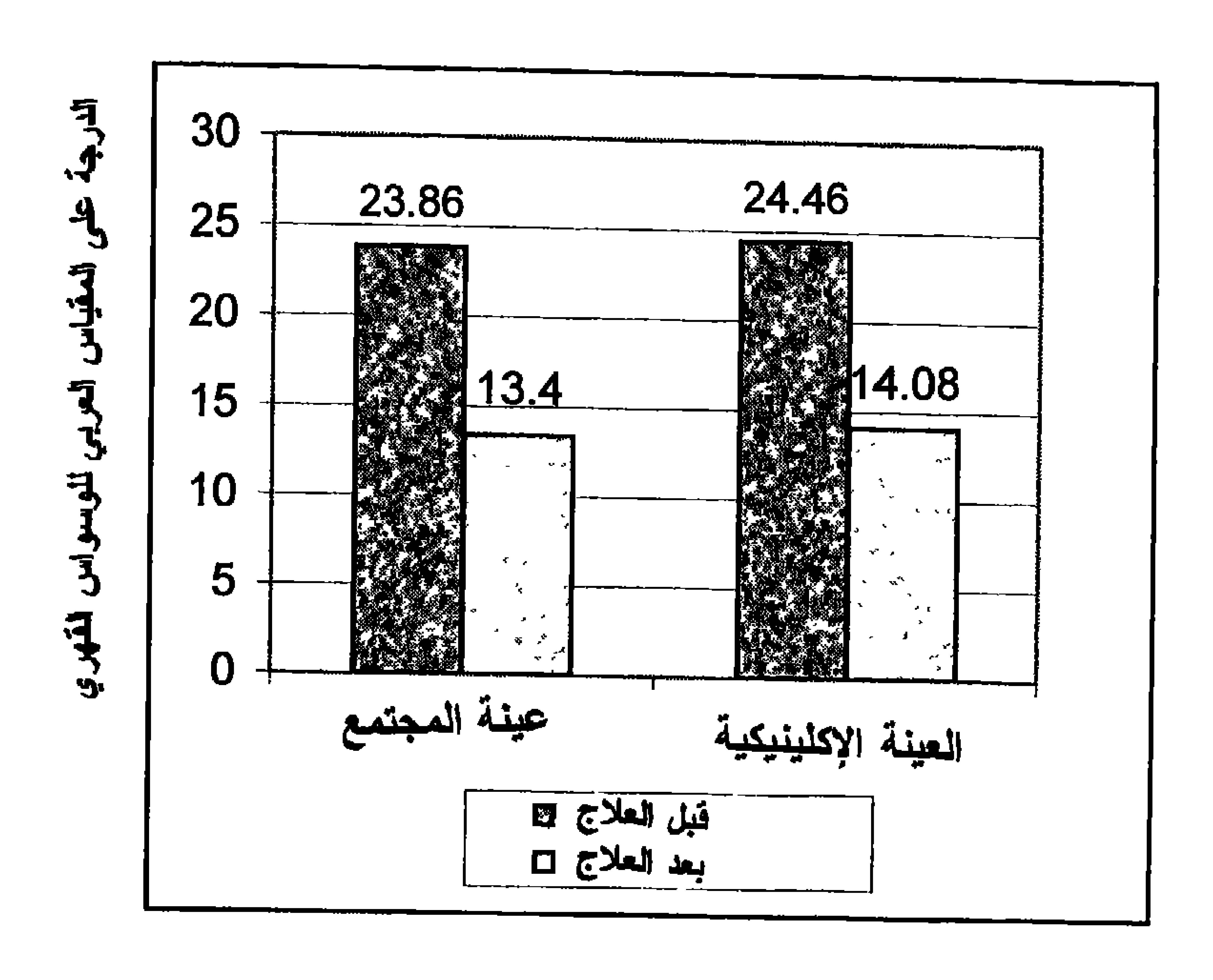
جدول (٢٠) : نتائج المقياس العربي للوسواس القهري قبل العلاج وبعده

درجة الوسواس / المجموعة	المجموعة الوسواسية المستمدة من المجتمع (ن=٨٥)	المجموعة الإكلينيكية المرضى (ن=٢٤)	قيم «ت»
قبل العلاج الحد الأدنى-الأعلى م ± ع	١٧ - ٣١ ٢٣,٨٦ ± ٢,٩٨	١٩ - ٣٠ ٢٤,٤٦ ± ٣,١٥	٠,٨٦ غير دالة
بعد العلاج الحد الأدنى-الأعلى م ± ع	٤ - ٢٥ ١٣,٤٠ ± ٤,٦٥	٦ - ٢٨ ١٤,٠٨ ± ٥,٦٣	٠,٦١ غير دالة
م ± ع الفرق	١٠,٤٦ ± ٤,٩١	١٠,٣٨ ± ٥,٣٦	
قيمة ت الدلالة	١٩,٦٦ ٠,٠٠٠١	٩,٤٩ ٠,٠٠٠١	

(انظر : El-Saadany, 1996, p.147) .

جدول (٢١) : معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على المقياس العربي للوسواس القهري وثلاثة هرمونات قبل العلاج لدى عينة من مرضى الوسواس القهري

الهرمونات	ن	ر	الدلالة
مصل هرمون النمو	٢٤	-٠,٤١٦	٠,٠٢٢
مصل البرولاكتين	٢٤	٠,١٠٧	--
مصل الهرمون المنبه للدرقية	٩	٠,٢٠٧	--



شكل (٦) : متوسط الدرجة على المقياس العربى للوسواس القهرى قبل العلاج وبعـده في كل من المجموعة المستمدة من المجتمع والعينة الإكلينيكية
عن : (El-Saadany, 1996,p. 148)

والارتباط الدال الوحيد في جدول (٢١) هو الارتباط السلبى بين الوسـواس القهرى ومصل هرمون النمو ، ويشير إلى أنه كلما ارتفع أحدهما انخفض الآخر . ويبين جدول (٢٢) معاملات الارتباط بين المقياس العربى للوسواس القهرى وأربعة هرمونات بعد العلاج ، حيث لم تصل الارتباطات إلى مستوى الدلالة الإحصائية .

جدول (٢٢) : معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على المقياس العربى للوسواس القهرى وأربعة هرمونات بعد العلاج لدى عينة من مرضى الوسواس القهرى

الهرمونات	ن	ر	الدلالة
مصل هرمون النمو	٢٤	٠,٠٢٧	-
مصل البرولاكتين	٢٤	-٠,٢٠٢	-
مصل الهرمون المنبه للدرقية	٩	-٠,٣٩٦	-
مصل الكورتيزول	٢٤	٠,٠٦٤	-

وقد طبق المقياس على إحدى عشرة عينة فرعية من المصريين بلغ حجمها ١,٥٥٠ مفحوصاً ، كما طبق على عينات سعودية (أحمد عبد الخالق ، وعبدالغفار الدماطى ، ١٩٩٥) . واستخدم المقياس مع عينات من لبنان وقطر (أحمد عبدالخالق ، ١٩٩٢) ، فضلاً عن عينات من طلاب الجامعة من الجنسين من سوريا : (أحمد عبدالخالق ، وسامر رضوان ، ٢٠٠٢) والأردن (غير منشور) ، والبحرين(توفيق عبدالمنعم ، ٢٠٠٠) ، والكويت والولايات المتحدة الأمريكية (انظر : Abdel-Khalek & Lester, 1998, 1999 a,b,2000, in press, Abdel- Khalek, Lester & Barrett, in press, Lester & Abdel- Khalek, 1998, 1999) .

وقام فريح العنزى (١٩٩٧) بإعداد نسخة من المقياس العربى للوسواس القهرى تناسب الأطفال ، وتشتمل على العدد نفسه من البنود (٣٢ بنداً) ، ولها معاملات ثبات وصدق مرتفعة ، واستخرجت منها - على عينات كويتية - عوامل متسقة . وتشير هذه النتائج وغيرها إلى أن المقياس العربى للوسواس القهرى يعد مقياساً واعداً يمكن أن يستخدم مع الأسوياء والمرضى .

ملخص

يتم تشخيص اضطراب الوسواس القهري في إطار الطب النفسي اعتماداً على بعض النظم التشخيصية ، أهمها الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي وبخاصة في طبعته الرابعة الصادرة عام ١٩٩٤ . ويضم هذا الدليل اضطراب الوسواس القهري بوصفه فئة فرعية في اضطرابات القلق ، ولكل اضطراب محكات تشخيصية ، وهي الملامح الأساسية والجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية التي تستخدم مؤشراً رئيساً لتحديد الاضطراب وتشخيصه .

وأهم المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري هي الوساوس وكذلك القهر ، ويتسمان بالمعاودة ، واستنفاد الوقت ، ويسببان ضيقاً وألماً ملحوظين ، أو إضعافاً للفرد وتعطيلا لطاقاته ، ويوقن المضطرب - في مرحلة معينة - أن الوساوس والأفعال القهرية مفرطة مبالغ فيها أو غير واقعية .

ومن ناحية أخرى يتم قياس الوسواس القهري وتقدير درجته - في إطار علم النفس المرضي - بطرق عدة أهمها الاستخبارات والقوائم ، وهي كثيرة في اللغة الإنجليزية وأهمها : «قائمة لايتون الوسواسية» ، و«قائمة مودسلي للوسواس القهري» ، و«قائمة النشاط القهري» ، و«قائمة بادوا» ، ومقياس «ييل - براون للوسواس القهري» .

وفي اللغة العربية يتاح عدد من المقاييس المترجمة ، فضلاً عن مقياس مؤلف تحت عنوان : «المقياس العربي للوسواس القهري» من وضع كاتب هذه السطور ، وله صيغتان عربية وإنجليزية ، والمعالم القياسية (السيكومترية) له جيدة ، وقد طبق على عدد كبير من المبحوثين الأسوياء والمرضى في عدد من الدول العربية بالإضافة إلى الولايات المتحدة الأمريكية وأسبانيا . ويعرض الفصل التالي لبداية هذا الاضطراب وسيره .

* * *

الفصل السادس

بداية الاضطراب وسيره ومآله

تمهيد :

يجب أن نتعرف بداية اضطراب الوسواس القهرى وخط سيره حتى نفهمه حق الفهم ، ولذا يعرض هذا الفصل معدلات انتشار الاضطراب ، وسن المريض عند بداية المرض ، وكيفية بدايته وخط سيره ، والعوامل المرسبة للاضطراب وسوابقه ، مع إيراد بعض الدراسات التتبعية والمآل . ونبدأ بعرض معدلات انتشار الاضطراب .

معدلات الانتشار

بدأ علم الأوبئة Epidemiology بدراسة التوزيع الاجتماعي للأمراض الجسمية ثم امتد ليشمل الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية بأوسع معنى للمصطلح . ويفرق مصطفى سويف (١٩٩٠ ، ص٩) - في هذا المجال - بين المصطلحات المهمة الآتية :

١ - الانتشار Prevalence : ويقصد به عدد الحالات المصابة بمرض أو اضطراب معين في مجتمع معين . ويفرق عادة بين نوعين من الانتشار هما :

أ - الانتشار في لحظة Point Prevalence : وهو عدد الحالات في لحظة زمنية محددة وقت إجراء بحث ما في مجتمع بعينه .

ب - الانتشار في مرحلة Period Prevalence : وهو عدد الحالات في فترة زمنية محددة (سنة مثلاً) في مجتمع معين .

٢ - الإصابة Incidence : عدد الحالات المرضية أو حالات الاضطراب التي تظهر جديدة في مجتمع محدد ، خلال فترة زمنية محددة (شهر أوسنة مثلا) .

٣ - المعدل Rate المقام الذي تنسب إليه التقديرات الكمية للانتشار أو الإصابة (١٠٠ أو ١٠٠٠) .

ويجب أن نفرق كذلك بين معدلات انتشار Prevalence rates اضطراب الوسواس القهرى في الجمهور العام Population وفى المرضى الذين يحققون المحكات التشخيصية للاضطراب من بين مرضى الطب النفسي بوجه عام .

وكان يشار إلى اضطراب الوسواس القهرى حتى عام ١٩٨٤ بأنه مرض نادر ، ولكن بعض الدراسات المسحية التى أجريت بعد ذلك بينت أن انتشار اضطراب الوسواس القهرى في المجتمع أعلى بكثير من التقديرات المنشورة السابقة (Rasmussen & Eisen, 1989) . وغالبا ما تكون الطبيعة السرية المتكتمة للمرضى المصابين بهذا الاضطراب أو شعورهم بالخوف أو الخزى ، أو غرابة سلوكهم هى أسباب تناقص تقديرات حدوثه .

لقد بينت البحوث المبكرة أن نسبة الحدوث لا تزيد على ٠٥ , ٠٪ فى الجنس القوقازى ، وعدته الدراسات المبكرة أندر الأمراض في مجال الطب النفسي ، وقدرته بحوث أخرى مبكرة أيضا بأنه يمثل ما لا يزيد على ١٪ من جمهور المرضى فى مجال الطب النفسي سواء أكان ذلك في العيادات الخارجية أم المرضى داخل المستشفى ، وما لا يزيد على ٤٪ من كل المجموعة العصابية (Templer, 1972) .

ولكن الدراسات الأحدث كشفت عن معدل انتشار للوسواس القهرى يصل إلى ٥ , ٢٪ طوال الحياة ، واتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الاضطرابات النفسية الطبية شيوعاً ، فبعد المخاوف المرضية ، وسوء استخدام المواد ، والاكتئاب الأساسى يأتى اضطراب الوسواس القهرى (Kyrios, *et al.*, 1996) .

لقد أصبح من المعروف الآن أن هذا الاضطراب من بين أكثر الاضطرابات النفسية الطبية شيوعاً ، وقد سلطت الأضواء عليه حديثاً بعد نشر بعض الكتب التجارية (مثل كتاب «جوديث ريبوبورت» (Rapoport, 1989) : «الولد الذى لا يستطيع أن يوقف الغسل») ، كما أسهمت هذه الكتب فى جذبه إلى مركز اهتمام الجمهور العام (Hollander,1995,p.1) .

وتتراوح تقديرات معدلات انتشاره طوال الحياة بين ٢٪ و ٣٪ من السكان ، ولكن هذه الأرقام تشير إلى أناس لديهم أعراض وسواسية قهرية فحسب دون أن يحققوا المحكات التشخيصية ، وربما تتراوح نسبة من يحقق المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب بين ١٪ ، و٢٪ (Hollander, 1993,p.6) .

وفي إحصاء قومي أمريكى أجرى عام ١٩٨٤ اتضح أن اضطراب الوسواس القهرى أكثر انتشاراً بمقدار ٥٠ إلى ١٠٠ مرة مما كان يعتقد سابقاً ، وأن انتشاره مدة ستة أشهر يصل إلى ١٦٪ ، وانتشاره طوال الحياة ٥ , ٢٪ ، وأن معدل انتشار اضطراب الوسواس القهرى ضعف معدل انتشار اضطراب الهلع أو الفصام . وكشفت دراسة كندية على ٢٥٨ , ٣ فرداً أن معدل انتشار اضطراب الوسواس القهرى طوال الحياة يصل إلى ٣٪ (ص ص٩-١٠) . وقد وجد مصطفى السعدنى أن معدل انتشار اضطراب الوسواس القهرى في مدينة الإسكندرية بمصر يصل إلى ٤٨ , ٣٪ من الجمهور ، وذلك اعتماداً على مقابلة ٤٣٦ , ٢ مبحوثا تمثل ثلاثين تجمعاً (ص١٠٣) (El-Saadany, 1966).

وأجريت دراسة فى قسم الطب النفسي بجامعة عين شمس بالقاهرة عام ١٩٦٨ على ألف مريض نفسى تقدموا إلى عيادة الجامعة ، واتضح أن معدل حدوث اضطراب الوسواس القهرى ٥ , ٢٪ . وكشف تكرار للدراسة عام ١٩٩٤ عن ثبات معدل الحدوث على ٣ , ٢٪ مشيراً إلى ثبات الاضطراب (Okasha *et al.*, 1994) .

وقد كشفت دراسة مسحية شاملة عن معدل انتشار قدره ٦ , ٢٪ لاضطراب الوسواس القهرى ، إلا أن الوسواس والقهر يوجد كل منهما على متصل Continuum مثل جميع أشكال اضطرابات القلق ، فقد وجد «راندى فروست» وصحبه أن نسبة تتراوح بين ١٠٪ ، و١٥٪ من طلاب الجامعة الأسوياء يقومون بسلوك المراجعة بدرجة كبيرة تكفى لوضعهم فى المدى الخاص بالمرضى باضطراب الوسواس القهرى (Barlow & Durand, 1995,p. 198) .

وأجرى «فلامنت» Flament وزملاؤه دراسة مسحية على خمسة آلاف طالب

وطالبة بتطبيق قائمة «لايتون» للوسواس ، واتضح أن ١١٤ منهم (٨٪) لهم درجات أعلى من المعدل أو نقطة القطع التى حددت سلفاً . ثم أجريت مقابلة شخصية لهؤلاء الطلاب (ن=١١٤) بوساطة طبيب نفسى متخصص فى اضطراب الوسواس القهرى للطفولة ، فظهر أن ١٥ منهم (٣, ٠٪) من الخمسة آلاف طالب حققوا المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى والإحصائي الثالث المعدل .

ومن الجدير بالذكر أن متوسط أعمار هذه المجموعة كان ٤ , ١٥ عاماً ، فى حين أن متوسط العمر الذى يبدأ فيه المرض هو ٦ , ١٩ عاماً ، ويجتمع هذا العامل مع سرية الاضطراب وتكتمه ليشيرا إلى أن هذا الرقم أقل من معدلات الانتشار الحقيقية .

ومن ناحية أخرى اتضح من دراسة فى عيادة لأمراض الجلد أن ٣٧٪ من المرضى المشخصين بالتهاب الجلد Dermatitis يعانون من اضطراب الوسواس القهرى الأولى دون أن يكشف أى منهم عن هذا الاضطراب لطبيب الأمراض الجلدية ولا الطبيب الباطنى (Rasmussen & Eisen, 1989) .

وقد قيست نسبة انتشار الاضطرابات الوسواسية القهرية في خمسة مجتمعات محلية في الولايات المتحدة الأمريكية بين أكثر من ٠٠٠ , ١٨ شخص تمت مقابلتهم في بيوتهم ، وكانت هذه الدراسة جزءا من برنامج «منطقة المسح الوبائي» Epidemiological Catchment Area (ACA) الذى قام به المعهد القومي للصحة النفسية . وتفاوتت نسبة الانتشار الكامل لهذه الاضطرابات بين٩ , ١٪ و٣ , ٣٪ في المجتمعات الخمسة : وهو معدل يفوق التقديرات السابقة بمقدار٢٥ إلى ٤٠ مرة .

إن معدلات الانتشار في دراسة منطقة المسح هى «معدلات عمرية» Lifetime rates ، أى المعدلات التى يمكن توقعها في مجموعة من الأفراد المساوين في عمرهم الزمنى لأفراد المجموعة المدروسة ، وذلك في نهاية عمرهم . وقد دعمت هذا المعدل دراسة لأكثر من ٠٠٠ , ٥ طالب من المدارس الثانوية العليا ، وتبين أن «الانتشار التراكمي»

Cumulative prevalence للاضطراب الوسواسي القهرى بين أفراد هذه المجموعة الأقل عددا من الأولى بلغ نسبة تقارب ١٪ . فإذا صحت هاتان الدراستان أمكن القول : إن ما بين ٤ و٦ ملايين نسمة في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون هذا الاضطراب (ريبوبورت ، ١٩٨٩) .

وأخيراً يحدد الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع DSM - IV للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين معدلات حدوث اضطراب الوسواس القهرى - اعتماداً على الدراسات المجتمعية - بأنه ٢,٥٪ طوال الحياة ، أما معدلات الحدوث في سنة واحدة فتتراوح بين ١,٥٪ و٢,١٪ (APA, 1994,p. 420) . ولأسباب كثيرة يمكن الاعتماد على هذه الإحصاءات الأخيرة .

إحصاءات المستشفيات :

فيما يختص بمعدلات انتشار هذا الاضطراب اعتماداً على إحصاءات المستشفيات فقد ظهر أن معدلات حدوث اضطراب الوسواس القهرى لدى جمهور المرضى في المجال الطبى النفسي من الراشدين والأطفال تتراوح بين ٠,٥٪ ، و٤,٠٪ من المرضى الداخليين الذين يعالجون فى المستشفيات الطبية النفسية العامة (Rasmussen & Tsuang, 1984) . في حين يذكر «فاندنبيرج» وصحبه أن نسبة تتراوح بين ٣٪ ، و٦٪ من المرضى فى العيادات الخارجية للطب النفسي وسواسية قهرية(Vandenberg, *et al.*, 1986, p.157) . وقد وجد «عكاشة» أن الوسواس القهرى يمثل ٢,٦٪ من المجموع الكلى للمرضى النفسيين في العيادات النفسية فى مصر ، في حين يذكر «راسميوسن» وصحبه أن ١٠٪ من كل المرضى الخارجيين في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم أعراض وسواسية قهرية واضحة (El-Saadany, 1996, p.9) .

وترجع الفروق بين الإحصاءات إلى أسباب كثيرة أهمها : نوع العينة المستخدمة وطريقة التشخيص المتبعة .

عمر المريض عند بداية المرض

يبدأ اضطراب الوسواس القهرى عادة في المراهقة والرشد المبكر ، وهو يشبه في ذلك معظم اضطرابات القلق والاكتئاب البسيط . وفى سلسلة قوامها ثماني دراسات عن اضطراب الوسواس القهرى اتضح أن ٨١٪ من الحالات بدأ المرض لديها بين عمرى ١٠ ، و٤٠ عاماً (منها ٢١٪ بين عمرى ١٠ ، و١٥عاماً) ، ومتوسط السن الذى يبدأ فيه المرض من ٢٠-٢٥ عاماً ، وفي ١٠٪ تبدأ الحالات قبل سن العاشرة ، و٩٪ بعد سن الأربعين . وفى سلسلة أخرى من الدراسات اتضح أن معظم حالات اضطراب الوسواس القهرى تبدأ بين ١٠ ، و٣٠ عاماً . ويوجد لدى عـــدد أكبر من الذكور بداية مبكرة للمرض (من ٥ إلى ١٥ عاما فى إحدى الدراسات) فى حين أن عدداً أكبر من الإناث يبدأ المرض لديهن متأخراً (من ٢٦ إلى ٣٥ عاماً فى الدراسة نفسها) (Marks, 1987,p. 423) .

وفي مسح آخر للدراسات ظهر أن متوسط سن بداية الأعراض يقع حول ٢٠ عاماً تقريباً لدى كل من الجنسين ، ويطور ٦٥٪ تقريباً من الوسواسيين المرض قبل سن ٢٥عاماً ، ولكن تبدأ الأعراض لدى بعض المرضى مبكرة جداً فى عمر السادسة . وتكون بداية اضطراب الوسواس القهرى لدى أقل من ١٥٪ من المرضى بعد عمر ٣٥عاماً (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

ويورد «كابلان ، وصادوك» (Kaplan & Sadock, 1991,p. 407) الإحصاءات الآتية :

- أكثر من ٥٠٪ من المرضى تبدأ لديهم الأعراض قبل سن ٢٤ عاماً .
- فوق ٨٠٪ من المرضى تبدأ لديهم الأعراض قبل سن ٣٥عاماً .
- متوسط عمر بداية المرض = ٢٠ عاماً .

وظهر أن العمر الشائع (المنوالي) لبداية اضطراب الوسواس القهرى فى عينة إكلينيكية من الأطفال هو سبعة أعوام ، وأن متوسط عمر بداية الاضطراب هو عشر سنوات . ويميل الأولاد المصابون بهذا الاضطراب إلى أن تكون بداية

اضطرابهم قبل البلوغ ، وأن يكون لديهم أحد أفراد الأسرة مصاباً بالاضطراب نفسه أو بزملة «توريت» (انظر الفصل العاشر) ، في حين أن البنات يغلب أن تكون بداية الاضطراب عندهن خلال المراهقة (Foa, *et al.*, 1998, p.370) . وأكدت دراسات كثيرة أن بداية أعراض اضطراب الوسواس القهرى بعد سن الخمسين تعد نادرة (Rosenhan & Seligman , 1995,p. 23) .

وقد ورد فى مرجع أحدث أنه من المدهش أن نتائج سن بداية اضطراب الوسواس القهرى متسقة بين الدراسات على الرغم من حقيقة استخدام كل منها لمحكات تشخيصية مختلفة واختلاف نوعية الأفراد الذين دُرسوا (عينات مرضى مقابل عينات في دراسات مسحية وبائية) ، فقد كشفت أن المرض يبدأ لدى الذكور مبكراً عن الإناث ، وقد فحصت بعض الدراسات العوامل التى يمكن أن تؤثر في هذه النتيجة .

كما اتضح أن عمر بداية الاضطراب يختلف لدى النساء اللاتي أنجبن مقابل من لم تنجبن ، فكان عمر بداية الاضطراب لدى من أنجبن أكثر تبكيراً ، فكن أصغر عمراً ، كما اتضح فى هذه الدراسة أن هناك قمتين Peaks لمتوسط عمر بداية الاضطراب لدى النساء ، بحيث تبدأ القمة الأولى فى الأعمار ٢٢ ، و٢٤ ، والثانية بين عمرى ٢٩ ، و٣١ . كما ظهر أن العمر عند بداية الاضطراب يختلف تبعاً لاختلاف النوع الفرعي للوساوس والأفعال القهرية (Antony, *et al.*, 1998) . وفى الوقت الذى تشيع فيه البداية المبكرة للمرض لدى الرجال فإنها ترتبط بالسلوك القهرى المتعلق بالمراجعة ، في حين أن شيوع البداية المتأخرة للمرض عند النساء يرتبط بالسلوك القهرى المتعلق بالنظافة (Davison & Neale, 1996,p.150) . وقد بين عدد من الدراسات أن معدل حدوث اضطراب الوسواس القهرى يميل إلى التناقص إلى حد ما بزيادة عمر الأفراد ، والسبب في هذا التناقص غير واضح تماماً ، ويبين جدول(٢٣) العمر عند بداية المرض (Antony, *et al.*, 1998) .

جدول (٢٣) : العمر عند بداية اضطراب الوسواس القهرى
لدى الراشدين تبعا لمختلف الدراسات

الدراســة	العينــة	متوسط سن بداية الاضطراب		
		رجال	نساء	رجال ونساء
١- بيركى وزملاؤه (١٩٩٠)	مسحية (٥٨٥ وسواسى)	٢١	٢٤	٢٣
٢- كاسل وزملاؤه (١٩٩٥)	مرضى (ن=٢١٩)	٢٢	٢٦	٢٤,٣
٣- لينسي وزملاؤه (١٩٩٦)	مرضى (ن=٢٦٣)	٢١,١	٢٤,٣	٢٢,٩
٤- مينيشيللو وزملاؤه (١٩٩٠)	مرضى (ن=١٣٨)	١٩,٨	٢٤,٦	٢٢,٣
٥- نوشيرفاني وزملاؤه (١٩٩١)	مرضى (ن=٣٠٧)	٢١	٢٤	٢٢,٧
٦- راسميوسين وتسانج (١٩٨٦)	مرضى (ن=٤٤)	١٥,٥	٢٢,٩	١٩,٨
٧- ثاى وزملاؤه (١٩٨٥)	مرضى (ن=٢٧)	-	-	٢٥,٦
المتوسط		٢٠,١	٢٤,٣	٢٢,٩

بداية الاضطراب وخط سيره

من الملاحظ أن كثيراً من لعب الأطفال له طبيعة تكرارية مثل المشى على حافة الرصيف ، وتجنب الشقوق ، أو الطرق بطريقة إيقاعية بعصا على السياج (السور) الذى يمرون به ، وطريقة معينة فى الصعود على السلم ، وفى دخول الشقة ، وتصبح هذه الأنواع من السلوك مرتبطة بالخيال والأفكار المتصلة بالخير والشر .

وإن دخول الطفل إلى منزله دون ممارسته طقوس تسلق السلم التى اعتاد عليها مثلا يمكن أن يعدها أمارة لسوء الحظ أو الشر ، وقد يكون الطفل مقتنعاً بأن هذه الأفكار لا معنى لها ، ولكنها ماتزال تحمل بعض الصدق بالنسبة له ، وبعد مدة تؤكد هذه الأفعال

وتدعمها قوة العادة ، ويصبح هناك قهر قوى جدا يجبر الطفل على الاستمرار في هذه المجموعة من الطقوس ، إلى الدرجة التى تصبح فيها هذه الطقوس آمرة وإلزامية حتى ضد المطالب الملحة التى يعبر عنها الوالدان بقوة وضد رغبات الطفل نفسه فى أن يستعيد حريته فى الفعل والعمل . وتلك هى الطريقة الشائعة لبدء الوسواس لدى الأطفال . والقاعدة العامة أن يتخلص الطفل من هذه العادات الطفلية ، ويكون لها علاقة بسيطة بالتطور التالى في الشخصية .

ويعد الاعتقاد في الخرافات لدى الراشد قريباً جداً من الأعراض القهرية للطفل السوى ، ومن الملاحظ أن هذا الاعتقاد أمر لا ضرر منه ولا معنى له (مثل سكب الملح على المنضدة) . ومثل هذه الخرافات في الحقيقة ذات طبيعة قهرية ، ولكنها تظهر شائعة لدى جميع الناس الأسوياء وتدعم عن طريق الإشراط ، وهى غفل من التسويغ العقلى (Mayer- Gross, *et al.*, 1960,p. 149f) .

وفيما يختص ببداية Onest الاضطراب فقد تكون غادرة ماكرة Insidious عبر السنين ؛ أى : أن الاضطراب ينمو بشكل تدريجي إلى حد أنه يرسخ قبل أن يكتشف ، ولكن البداية الأقل شيوعاً هى الفجائية خلال ساعات قليلة ، أو التى يحدث فيها تفاقم حاد لمشكلات تتجمع ببطء . وبعض المرضى تحدث لهم فترات اضطراب مختلفة الطول وتنقشع تماماً قبل أن يصبح الاضطراب مزمناً . وكشف أحد التحليلات التى قام بها «ريكمان ، وهودجسون» أن بداية التنظيف القهرى تكون فجائية عادة ، في حين تكون بداية المراجعة القهرية في العادة تدريجية ، ولكن هذه النتيجة تحتاج إلى تكرار .

وفي ثلاث دراسات لخصها «بلاك» كان سير Course المرض في البداية ثابتاً أو يسوء بشكل ثابت في ٥٧٪ من الحالات ، وكان مرحلياً على فترات فى ١٣٪ منها ، ومتذبذبا فى ٣٠٪ . ويحدث تحسن Remission للاضطراب نتيجة للنظم الدينية أو العسكرية . وتحدث الانتكاسات Relapses بعد التعب ، أو الاكتئاب ، أو أى مسببات للقلق ، أو عودة الظروف التى أثارت المشكلة بادئ ذى بدء (Marks, 1987,p.426) .

ويورد «كابلان ، وصادوك» (Kaplan & Sadock, 1991,p. 407) الإحصاءات الآتية عن بداية الأعراض وغيرها :

- من ٥٠٪ إلى ٧٠٪ من المرضى تقريباً بدأت الأعراض لديهم بعد حادث ضاغط كالحمل ، أو مشكلة جنسية ، أو موت قريب .
- هناك بداية حادة لدى أكثر من نصف الحالات .
- لأن كثيراً من المرضى يهتمون بالاحتفاظ بأعراضهم سرا فهناك تأخر من ٥ إلى ١٠ سنوات قبل الذهاب إلى الطبيب .
- متوسط عمر الدخول إلى المستشفى ٣٠ عاماً .

وعلى الرغم من أن اضطراب الوسواس القهرى يبدأ عادة فى المراهقة أو الرشد المبكر فإنه يمكن أن يبدأ فى الطفولة ، ويشير مصطلح العمر المنوالى Modal age إلى السن التي تحدث فيها الأكثرية العظمى من الحالات ، وقد بينت الدراسات أن العمر المنوالي لبداية Onest الاضطراب أكثر تبكيراً لدى الذكور بالنسبة إلى الإناث : من ٦-١٥ سنة عند الذكور ، ومن ٢٠ إلى ٢٩ سنة لدى الإناث . والبداية تدريجية في معظم الحالات ، ولكن لوحظت البداية الحادة Acute في بعض الحالات . ويتسم مجرى الاضطراب وسيره لدى معظم الأفراد بأنه مزمن Chronic ، ويزيد وينقص Waxing and waning ، مع تفاقم الأعراض التى يمكن أن ترتبط بالضغوط ، ويكشف ١٥٪ من المرضى عن تدهور متزايد Progressive في الوظائف المهنية والاجتماعية . ومجرى الاضطراب وسيره لدى ٥٪ من المرضى «يحدث على فترات» Episodic ، مع أعراض قليلة أو لا أعراض مطلقاً بين الفترة الواحدة والتى تليها (APA,1994,p.420) .

موجز القول إن الاضطراب يحدث عادة بشكل تدريجي ، ويبدأ من المراهقة أو الرشد المبكر ، وتصف حالة وسواس الألوان (انظر ص ٢٠٦) البداية الغامضة والتدريجية النمطية لاضطرابها كما يلى :

«من الصعب القول بدقة متى بدأ الوسواس ، إن الوسواس الخاص بالألوان لدىّ

يجب أن يكون قد بدأ لمدة سنتين بشكل تدريجي جدا جدا ، وقد لاحظته يتطور بشكل كامل خلال الاثنى عشر عاماً الماضية عندما أصبح أسوأ ، فأصبحت لا أستطيع أن أنظر إلى ألوان معينة ، ولا أستطيع أن أستحم ، ولا أقوم بأى طبخ ، وكان يتعين عليّ أن أكرر نشاطات كثيرة مراراً وتكراراً . . .» .

«أعتقد أن المشكلة كلها بدأت منذ سنين معينة عندما أصبت بنوع من الانهيار العصبي ، وفي البداية أصبحت ساخنة جداً ، ويبدو أن ذلك قد حدث طوال الليل بطريقة ما ، وكنت في السرير ، واستيقظت وأنا أشعر بحرارة شديدة ، وقد ارتبط ذلك بوسواس كان عندى خاصاً بأمي المريضة فى هذا الوقت ، وأصبحت خائفة على صحتها ، وعندما أتتنى فكرة مرعبة من أنها يمكن أن تصاب بحادث أو بمرض خطر ، فإن هذا الإحساس المرعب والحار استبدّ بي» (Rosenhan & Seligman, 1995,p.270) .

العوامل المرسبة للاضطراب

تختلف طبيعة العوامل المرسبة Precipitating factors كثيراً ، ولقد تحددت عوامل مرسبة واضحة في ٦٠٪ تقريبا من الحالات ، فيحدث الاضطراب عادة بعد حادث ضاغط معين مثل : الحمل ، وولادة طفل ، والعوامل الجنسية ، وموت قريب حميم ، أو مشكلة أسرية ، أو مشكلات في العمل ، وهذه العوامل ترتبط كثيراً بالوسواس القهري أكثر من غيره من الأمراض الطبية النفسية (Davison & Neale, 1996, p.150 ; Rasmussen & Tsuang, 1984) .

ومن ناحية أخرى فإن الضغوط Stress تؤدي إلى تفاقم أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى كل المرضى ، وقد تثير ضغوط الحمل أعراض اضطراب الوسواس القهري عند بعض النساء (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 24) .

وظهر أن العوامل المرسبة Precipitants لاضطراب الوسواس القهرى تتراوح بين ٣٠٪ ، و٦٩٪ من الحالات في مختلف الدراسات التى عرضها «بلاك» ، ولكن

ظهـر أن هـذه العـوامل تتـراوح أيضـاً بين ٥٥٪ ، و٥٨٪ لـدى الأنـواع الأخـرى من العصـاب ، وكذلك العينات الضـابطة . ويذكر «مـاركس» أنه من بين الـ ٨٣ حـالة في الوحـدة العلاجيـة التى يـرأسـها ظهـر أن مـضطـربى الـوسـواس القـهـري لـديهـم مـزيـد مـن حـوادث حياة Life events في العام السابق لبداية مرضهم ، وذلك بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة السوية (Marks, 1987,p. 426) . ويختلف ذلك عن نتائج أخرى (Vandenberg, *et al.*, 1986, p. 158) تذكـر أنه لا تتـاح دراسـات تؤكـد العلاقـة بين ضغـوط الحياة والسلوك الوسواسي القـهري ، ولكن الأفضل أن يقـال إن هناك أفرادا معينين مهيئين لهذا الاضطراب نتيجة لعـوامل وراثية ، في حين أن غيرهم يمكن أن يصبحوا وسواسيين أو قهريين نتيجة لخبرات تعلم معينة تعرضوا لها .

وفي دراسـة عـربيـة أجـرتهـا نجـمـة الخـرافي (١٩٨٥ ، ص ص ١٨٨- ١٩٩) تلخـصت العـوامل المرسـبة لدى عـينة من مـرضى الوسـواس القـهـري الكويتـيين والخليـجيين فيـمـا يلى : مـرض عزيـز ، وفاة عـزيز ، حـوادث للمـقـربين ، حـادث للمـريـض نفسـه ، مـشـكلات زوجـيـة ، مـشـكـلات فى العـمـل ، ضـغـوط مـادية ، ضغـوط حضـارية ، ضغـوط أسرية .

ويبين جدول (٢٤) أهم السوابق التطورية Developmental antecedents للمرض .

جدول (٢٤) : السوابق التطورية الشائعة أو سمات قبل المرض

لدى مرضى الوسواس القهرى الراشدين

١- قلق الانفصال .
٢- مقاومة التغير أو الجديد .
٣- تجنب المخاطرة .
٤- التناقض .
٥- الانغماس الزائد فى العمل .
٦- التفكير السحرى .
٧- المستويات الأخلاقية المرتفعة .
٨- الكمالية (محاولة تحقيق الكمال) .

وتميز هذه السمات الثماني التاريخ الطفلي لهؤلاء المرضى ، وتميل هذه الخصال إلى أن توجد لدى معظم المرضى لدى مقابلتهم ، فضلا عن مقاومتها للتغيير عبر سنى التطور ، والمرضى الذين يكشفون عن هذه السمات قبل المرضية Premorbid ولكن لا يستجيبون بشكل إيحابي للأسئلة المتعلقة بالوسواس القهرى يجب أن يطبق عليهم استخبار أو قائمة مفصلة (Rasmussen & Eisen, 1989) .

التتبع والمآل

أجريت دراسات تتبعية Follow up لمرضى الوسواس القهرى ، ويستعرض «راسميوسن» وزملاؤه الدراسات التى أجريت في هذا المجال بين عامى ١٩٣٦ ، و١٩٨٣ ، ويستنتجون أن الفكرة القائلة إن اضطراب الوسواس القهرى مزمن ، وله مجرى أو مسار Course مؤد إلى التدهور (وهى الفكرة التى مازال يعتنقها كثير من الأطباء النفسيين) لا تؤيدها الأدلة . وقسم «جودوين» وصحبه مسار اضطراب الوسواس القهرى إلى ثلاث فئات :

١- مسار متواصل غير منقطع أو مزمن .
٢- مسار مرحلى مع فترات من الشفاء التام .
٣- حدوث المرض على مراحل ، مع فترة من الشفاء غير التام ولكنه يسمح للفرد بأن يقوم بوظائفه الاجتماعية على نحو طبيعى .

ويقع معظم المرضى فى الفئة الأخيرة ، ويكشف ١٠٪ من المرضى تقريباً عن مسار للمرض يتسم بتدهور مستمر ، ومن العوامل التى يمكن أن تنبئ بنتيجة مرغوبة ومآل حسن Prognosis للمرض ما يلى :

١- الأعراض الخفيفة أو غير النمطية .
٢- الدوام القصير للأعراض قبل العلاج .
٣- التطور الصحى قبل المرض .

وقـد بينت دراسة «جـودويـن» وزمـلائـه أنـه ليس لدى مـرضى الوسـواس القـهرى خطر مـتزايـد للوقـوع فى كل مـن : الانتـحـار ، أوالقـتـل ، أو الإدمـان علـى الكحـول ، أو الإدمـان علـى العـقـاقـيـر ، أو الفـصـام ، أو السـلوك المضـاد للمجتمـع (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

قـام «ماوسـون» وزمـلاؤه (Mawson, *et al.*, 1982) بدراسة تتبعية لأربعين مريضاً وسواسيا مزمنا يعانون من الطقوس القـهرية ، قسموا عشوائيا إلى مجموعتين : تلقت الأولى عقـار «كلوميبرامين» وأعطيت الثانية عقارا زائفا Placebo ، واستغرق ذلك مدة ٣٦ أسبوعاً . وتلقى كـل المرضى علاجا سلوكيا يتضمن التعرض الفعلى Exposure in vivo مع منع الاستجابة Response prevention (لمدة ٣٠ أو ١٥ ساعة) (انظر الفصل الثالث عشر) .

وعند تتبع هـذه الحـالات بـعـد عـامين ظهـر أن هناك تحسنا ملحـوظا فى الطقـوس القهرية ، والمزاج ، والتوافق الاجتماعي لدى كل المجموعات . وكان تناقص الطقوس أكبر فى المجموعة التى تلقت ثلاثين ساعة من التعرض بالمقارنة إلى من تلقوا خمس عشرة ساعة ، ولم يحدث تأثير للعقار في الطقوس القهرية عند تتبع الحالات بعد عامين ، وشمل التحسن ٨٠٪ من المرضى .

وقد تتبع «طومسون» عام ١٩٩٥ (٤٧) طفلا مريضاً بالوسواس القهرى حتى مـرحلة الرشـد ، وعلى الرغـم من أن عـمـر بداية الاضطراب لم ينبئ بمسـار Course الاضطراب فإن شدة الأعراض فى الطفولة كانت منبئة بشدة اضطراب الوسواس القهرى فى الرشد (Rosenhan & Seligman , 1995 , p.24) .

وتشـيـر التـقـاريـر إلـى أن مـن ٢٠ إلى ٣٠٪ مـن المرضى تقـريبـا تتـحـسن أعراضـهـم تحسنـاً واضـحـاً ، وأن مـن ٤٠ إلى ٥٠٪ لديهـم تحسـن متوسط ، وأن من ٢٠ إلى ٤٠٪ يظلـون مـرضى أو تسـوء أعـراضـهـم ، ويطـور ثلثـهـم الاكـتـئـاب (Kaplan & Sadock,1991, p. 407) .

ملخص

عرض هذا الفصل لبداية اضطراب الوسواس القهري وسيره ومآله ، والحقيقة الواضحة فيما يخص معدلات انتشاره هي أن الإحصاءات المبكرة قد أوردت معدلات منخفضة بما يشير إلى أنه اضطراب نادر ، وغالباً ما تكون الطبيعة السرية المتكتمة لهؤلاء المرضى أو شعورهم بالخوف أو الخزي ، أو غرابة سلوكهم هي أسباب تناقص تقديرات حدوثه . ولكن الإحصاءات الأحدث كشفت عن معدل انتشار للوسواس القهري يصل إلى ٢,٥٪ طوال الحياة ، واتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الاضطرابات النفسية الطبية شيوعاً ؛ أي بعد المخاوف المرضية ، وسوء استخدام المواد ، والاكتئاب الأساسي .

والمتوسط التقريبي لعمر المضطربين عند بداية الاضطراب هو ٢٠ عاما للذكور ، و٢٤ عاماً للإناث ، بحيث يبدأ المرض لدى الذكور مبكراً عن الإناث ، ويميل معدل حدوث الاضطراب إلى التناقص بزيادة عمر الأفراد . ويبدأ الاضطراب عادة بشكل تدريجي ، ولكن البداية الفجائية نادرة الحدوث ، وتحدث غالباً بعد حادث ضاغط .

وقد قسم مسار هذا الاضطراب إلى ثلاث فئات : ١ . مزمن ، ٢ . مرحلي مع فترات من الشفاء ، ٣ . حدوث المرض على مراحل مع فترة شفاء غير تام ولكن يسمح للفرد بأن يقوم بوظائفه الاجتماعية على نحو طبيعي . وفيما يختص بمآل المرض فإن التقارير تشير إلى أن من ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من المرضى تقريباً تتحسن أعراضهم تحسناً واضحاً ، في حين يطور ثلث المرضى الاكتئاب . ويعرض الفصل السابع لاضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين .

* * *

الفصل السابع

الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين

تمهيد :

عرضنا في الفصول السابقة أهم جوانب اضطراب الوسواس القهرى ، وينطبق ما عرض في هذه الفصول على الراشدين في المقام الأول ، ولا شك في أن هناك تشابهاً غير قليل فى هذا الاضطراب بين الراشدين وكل من الأطفال والمراهقين ، ولكن المجموعتين الأخيرتين تتسمان أحيانا بخصال معينة تسوغ إفراد فصل مستقل لهما ، ولا ننسى أن بداية اضطراب الوسواس القهري فى الطفولة والمراهقة تكشف عدداً من الفروق بين المضطربين في هاتين المرحلتين وغيرهم ممن بدأ الاضطراب عندهم فى مرحلة الرشد ، ومن ثم فقد أفردنا فصلا خاصاً للأطفال والمراهقين .

الوسواس القهري لدى الصغار

اضطراب الوسواس القهري واحد من أكثر الاضطرابات الطبية النفسية انتشاراً في الطفولة والمراهقة ، ودخل هذا الاضطراب إلى دائرة اهتمام المتخصصين في الصحة النفسية بسبب ميل هذا الاضطراب إلى شدة تمزيق الوظائف الدراسية والاجتماعية والأسرية لدى الطفل أو المراهق . ومع ذلك فعلى الرغم من انتشاره الكبير وإمراضه Morbidity فى مرحلتي الطفولة والمراهقة فإن قليلاً من المصابين به فى هذه المرحلة العمرية يتلقون التشخيص السليم ، كما أن قليلاً منهم يتلقون العلاج المناسب ، على الرغم من وجود العلاج المعرفي السلوكي والدوائي بشكل فعال فى عشر السنوات الماضية (March & Leonard,1998) .

وتشيع الطقوس القهرية وتعد عادية فى مرحلة الطفولة الوسطى ، وتظهر على سبيل المثال فى عدم ترحيب الأطفال بأن يمشوا على الشقوق بين الحجارة المرصوفة ،

والعادات النمطية للذهاب إلى السرير للنوم . . . إلخ . أما الاضطرابات الوسواسية الكاملة فهى نادرة فى مرحلة الطفولة ، وعندما تحدث بشكل متكرر فيمكن النظر إليها على أنها محاولة للسيطرة على سلوك بقية أفراد الأسرة . . . ، ويمكن أن تمر الاضطرابات الوسواسية الخفيفة دون أن تلاحظ حتى فترة المراهقة المتأخرة أو بدايات الرشد ، إلى أن تؤثر بالتدريج في عمل الفرد وحياته (Leigh, Pare, & Marks, 1977, p. 262) .

إن اضطراب الوسواس القهري عند الأطفال يشبه بوجه عام نظيره لدى الراشدين ، وتشيع لدى الأطفال بوجه خاص طقوس الاغتسال ، والمراجعة ، والترتيب ، ولا يلتمس الأطفال عادة المساعدة ولا يطلبونها ، وربما لا تمثل الأعراض لديهم خرقاً لفكرتهم المثالية عن أنفسهم ، كما أنها ربما لا تعد مستهجنة ممجوجة من ذواتهم ، ويكون الآباء عادة هم الذين يتعرفون المشكلة ، ويتوصلون إلى تحديدها عند أطفالهم ، ومن ثم يحضرون الطفل للعلاج . وقد أوردت الدراسات في هذا المجال حدوث تدهور تدريجي فى الأعمال المدرسية بوصفه نتيجة ثانوية لتناقص القدرة على تركيز الانتباه . والأطفال – مثلهم في ذلك مثل الراشدين – يكونون معرضين إلى الاندماج فى طقوسهم فى المنزل أكثر من قيامهم بهذه الطقوس أمام أقرانهم ومدرسيهم أو الغرباء عنهم (APA,1994,p.420) .

معدلات الانتشار

يعد اضطراب الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين – كما هو الحال عند الراشدين – أكثر شيوعاً بكثير مما كان يُعتقد ، ويصل معدل الانتشار لمدة ستة أشهر إلى واحد لكل ٢٠٠ طفل ومراهق تقريباً ، ومن بين الراشدين المصابين باضطراب الوسواس القهرى فقد يطور من ثلثهم إلى نصفهم الاضطراب خلال الطفولة . ولسوء الحظ فإن الأطفال والمراهقين المصابين بهذا الاضطراب يعيشون حياتهم غالباً دون اكتشافهم ، فقد ظهر في إحدى الدراسات الوبائية أن أربعة فقط من ١٨ طفلا مصابا باضطراب الوسواس القهرى يتلقون رعاية مهنية . ولم يُعرف بطريقة صحيحة أن أياً من هؤلاء الأطفال الثمانية عشر يعاني من اضطراب الوسواس القهرى بما فى ذلك أربعة الأطفال الذين خضعوا

لعلاج فى مراكز الصحة النفسية . ويؤكد ذلك فكرة «جينايك» عن اضطراب الوسواس القهرى بوصفه الاضطراب «الوبائي المستتر» Hidden epidemic .

ومن الأسباب التى قدمت لانخفاض عدد الحالات التى تشخص باضطراب الوسواس القهرى العوامل الخاصة بهذا الاضطراب مثل : السرية والتكتم ونقص الاستبصار ، والعوامل الخاصة بمقدمي الرعاية الصحية كالتشخيص غير الدقيق ، إما لقلة الألفة بالاضطراب ، وإما لعدم الترحيب باستخدام العلاجات التى ثبتت فائدتها (March & Leonard, 1998) .

بداية الاضطراب في الطفولة

من الممكن أن يبدأ اضطراب الوسواس القهرى في الطفولة ، وتذكر «ريبوبورت» (١٩٨٩) أنها صادفت في دراستها أطفالاً بدأت أفعالهم التكرارية الغريبة مبكرة منذ الثالثة من أعمارهم ، كالسير فى دوائر ، أو العد المستمر ، أو النقر مرات معينة ، وتكرار ذلك مرة تلو الأخرى ، وهى أفعال شعروا بأنهم مجبرون على أدائها ضد إرادتهم . ويقدم مثل هؤلاء الأطفال تفسيرات لسبب قيامهم بهذه الأعمال الغريبة . وعلى سبيل المثال ، شاهد «عمرو» في السابعة من عمره برنامجاً تلفازياً اتصل فيه سكان المريخ اللطفاء ببعض البشر ، ووضعوا أفكاراً غريبة في رؤوسهم . واستنادا إلى ما شاهده «عمرو» فى هذا البرنامج اتخذ قراره بقسر نفسه على أداء كل عمل بتسلسل رباعي ، إشارة لانتقاء سكان المريخ له «رجل اتصال» لهم على الأرض .

وبعد سنتين من طقوس العد غير المثمر لم يحدث أى اتصال بين «عمرو» وسكان المريخ ، فأقلع عن إعطاء هذا التفسير ، بيد أنه لم يتخل عن عادة العد المستمر . ومثله مرضى الاضطرابات الوسواسية القهرية الآخرون الذين لا ينقطعون عن سلوكهم الطقوسي الرتيب دون معالجة ، مع علمهم التام بأن هذا السلوك «أخبل» . ومع ذلك فغالباً ما تتطور الأعراض : من العد المستمر في الطفولة ، إلى طقوس الاغتسال في المراهقة ، وحتى إلى الأفكار الوسواسية مع بدء مرحلة الرشد . فلقد ابتدأ ما يقرب من

نصف إلى ثلث ضحايا اضطراب الوسواس القهرى جميعاً بممارسة هذه الأنماط السلوكية في الطفولة أو المراهقــة (ريبوبورت ، ١٩٨٩) .

انظر إلى حالة الصبي الآتية :

حالة : الصبى الذى يدور إلى اليمين :

«هشام» طفل فى الثامنة من عمره ، فى المرحلة الثالثة من دراسته ، وكان يعد طفلا سوياً بكل المقاييس حتى وفاة جده لأمه . وكان «هشام» ملتصقاً - بشكل خاص - بهذا الجد ، الذى كان يصطحبه كثيراً إلى المتنزه ، حيث يقضيان ما بعد الظهر فى صيد السمك .

وقد استجاب «هشام» - فى البداية - لوفاة جده بعدم التصديق ، ثم انفجر فى البكاء في جنازة جده ، ودار حول التابوت عدة مرات (إلى اليمين) بطريقة تبدو كما لو كان يحاول - بشكل ما -أن يصل إلى نقطة مناسبة يمكنه أن يلاحظ منها جده وقد عاد إلى الحياة ثانية .

ومرت بضعة أشهر بعد الجنازة لم يكن فيها نفسه فى الحقيقة ، فلم يبد عليه أنه مكتئب ، وقرر معلموه أنه يلعب بصورة جيدة مع بقية الأطفال ، ولكنه بدا مشغولا ، ولا يعلم أحد بالضبط موضوع انشغاله . وفي النهاية لاحظت أم «هشام» أنه يستغرق وقتا طويلا ليأخذ طريقه حول المنزل ، وأصبح كذلك عنيداً بصورة متزايدة ، وبخاصة عندما تكون الأسرة خارج المنزل ، ثم أصبح السبب في بطء «هشام» واضحاً ، فقد كان عليه أن يدور أو يتحرك فقط إلى اليمين .

وفى إحدى المرات حيث لم يكن «هشام» واعياً بأن أمه تراقبه ، فقد سار إلى اليمين حول منضدة المطبخ مرات ومرات ، وفى كل مرة يدور كان يعد بينه وبين نفسه ، وتوقف في النهاية متنفساً الصعداء متنهداً . ومنذ هذه اللحظة فصاعداً ، إذا حاولت أمه أن تجعله يدور معها إلى اليسار فمن الممكن أن تصدر عنه نوبة غضب . وفى النهاية أصبح مفهوماً

أن «هشام» يرفض أن يدور إلى أى اتجاه إلا اليمين ، وكان ذلك تفسيراً لبطئه ، ولمعظم سلوكه الذى يدل على المقاومة والمعارضة .

وعندما سئل «هشام» عن الدوران إلى اليمين أنكر فى البداية أنه يفعل الأمور بطريقة مختلفة عن الطريقة التى كان يفعلها بها عادة ، ولكنه أفضى بدخيلة نفسه أخيراً إلى أمه قائلا : إنه يخاف كثيراً من احتمال أن يموت والده ، وأن الدوران إلى اليمين ، وبخاصة الدوران فى دوائر ، أحد الطرق لمنع ذلك من أن يحدث . وعلى الرغم من أن «هشام» رغب فى ألا يضطر إلى الدوران إلى اليمين ليحرس والده ويقيه الموت فإنه أصر على أنه كان معاوناً فى فعل ذلك . ولم يقم «هشام» أي رابطة بين موت جده ونشأة قلقه أو طقوس الدوران إلى اليمين لديه .

وتوضح هذه الحالة بطريقة دقيقة ملامح كثيرة تعد مشتركة فى البداية الطفلية لاضطراب الوسواس القهرى وهى :

١- زيادة أعداد الذكور فى المدى الصغير من الأعمار .
٢- الطقوس الحركية المرتبطة بالنقص الحسى .
٣- بداية الاضطراب بعد حادث ضاغط .
٤- نقص الاستبصار الشائع لدى صغار الأطفال .

وعلى العكس من اضطراب الوسواس القهرى ذي البداية المبكرة في الطفولة فإن هذا الاضطراب الذى يبدأ فى المراهقة يحدث غالباً بنسب متساوية بين الذكور والإناث ، وتتضمن طقوس الاغتسال استجابة لوساوس التلوث فيما يزيد على ٨٠٪ من المرضى ، ويزداد احتمال حدوث بداية تلقائية له .

وقد يمثل دوران «هشام» إلى اليمين بدلاً من اليسار استجابة شرطية (لقد دار إلى اليمين حول تابوت جده) ، ومن الجائز أن يمثل ذلك صورة خفية ومستترة من إهمال الجانب الأيسر ، وقد يعكس خللا فى وظيفة نصف الكرة الأيمن لهذا الطفل . والدليل على الافتراض الأخير مفاده انتشار أعلى من المتوقع للعلامات الطفيفة soft signs والشذوذ الخاص بالأعصاب في الجانب الأيسر ، والمتصل بالعمليات البصرية المكانية لدى

جدول (٢٥) : أعراض اضطراب الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين (ن=٧٠) *

الأعراض	العرض المذكور في المقابلة المبدئية	
	العدد	٪
الوسواس		
- انشغال البال بالقذارة أو الجراثيم أو الذيفانات (التوكسينات) البيئية .	٢٨	٤٠
- حدوث أمر مروع (حريق ، موت ، أو مرض الشخص نفسه أو إنسان محبوب) .	١٧	٢٤
- التناسق أو النظام أو الدقة .	١٢	١٧
- شدة التورع (وساوس دينية) .	٩	١٣
- انشغال البال حيال مفرزات الجسم أو مفرغاته ، أو الاشمئزاز منها (البول ، البراز ، اللعاب) .	٦	٨
- أرقام الحظ أو النحس .	٦	٨
- أفكار أو صور أو دفعات جنسية محظورة أو عدوانية أو شريرة .	٣	٤
- خوف من أن يؤذى الآخرين أو الذات .	٣	٤
- انشغال البال حول الأدوات المنزلية .	٢	٣
- أصوات أو كلمات أو موسيقا تطفلية لا معنى لـها .	١	١
الأفعال القهرية :		
- الإفراط فى غسل الأيدى أو الاستحمام أو تنظيف الأسنان أو الهندمة ، أو اتباع أنماط طقوسية مكررة فيها	٦٠	٧٥
- تكرار الطقوس (الخروج من الباب ودخوله ، الجلوس أو الوقوف على المقعد) .	٣٦	٥١
- تفحص (الأبواب ، الأقفال ، المدفأة ، مكبح الطوارئ فى السيارة ، مسار الصحيفة اليومية ، الواجب المنزلى) .	٣٢	٤٦
- طقوس تجنب التماس بالملوثات .	١٦	٢٣
- اللمس .	١٤	٢٠
- تدابير منع إيذاء الذات أو الآخرين .	١١	١٦
- التنظيم أو الترتيب .	١٢	١٧
- العد .	١٣	١٨
- طقوس الاختزان أو الجمع .	٨	١١
- طقوس تنظيف المنزل أو الاشياء الجامدة .	٤	٦
- طقوس شتى (في الكتابة والتحرك والتكلم) .	١٧	٢٦

* لاحظ أن حاصل مجموع النسب المئوية يزيد على ١٠٠٪ ، وذلك لأن عدداً من المرضى يعانون أكثر من عرض واحد . عن : (ريبوبورت ، ١٩٨٩) . وقد حذفت الكسور .

الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهرى . وقد ظهر كذلك أن هناك - لدى الراشدين - خللا مشابهاً فى الأعصاب يرتبط بالوسواسية الزائدة ، ومن المحتمل أن يؤدى ذلك إلى مقاومة العلاج بالعقاقير (Greist & Jefferson, 1995,pp.75-77) . وأخيراً فإن هذه الحالة توضح البداية المبكرة لاضطراب الوسواس القهرى في الطفولة .

أعراض الاضطراب

هناك أعراض كثيرة مشتركة بين الأطفال والمراهقين والراشدين فى اضطراب الوسواس القهرى ، ولكن من الضرورى أن نعتمد على دراسات واقعية لتعرف أعراض الاضطراب فى الطفولة والمراهقة . ويبين جدول (٢٥) أكثر الأعراض تواتراً لدى ٧٠ طفلاً ومراهقاً قامت «ريبوبورت» (١٩٨٩) وزملاؤها بتشخيص اضطراب الوسواس القهرى لديهم .

ويبين جدول (٢٦) الوساوس والأفعال القهرية الشائعة لدى الأطفال والمراهقين فى دراسة أحدث (نشرت عام ١٩٩٨) .

جدول (٢٦) : أهم أعراض اضطراب الوسواس القهرى الشائعة عند الأطفال والمراهقين تبعاً لدراسة أحدث

الوساوس الشائعة	الأفعال القهرية الشائعة
١- التلوث .	١- الاغتسال .
٢- الإضرار بالذات أو بالآخرين .	٢- التكرار .
٣- موضوعات عدوانية .	٣- المراجعة .
٤- الأفكار أو الدفعات الجنسية .	٤- اللمس .
٥- الشك والحيرة والتردد .	٥- العد .
٦- دفعات التناسق والتماثل .	٦- الترتيب .
٧- الحاجة إلى الحديث والسؤال والاعتراف .	٧- التخزين والادخار .

عن : (March & Leonard,1998) .

وأكثر الوساوس شيوعاً لدى الأطفال والمراهقين - كما يتضح من جدول (٢٦) - هى الخوف من التلوث ومن الإضرار بالذات أو الإضرار بشخص معروف للمريض ، ودفعات التناسق والدقة ، أما الأفعال القهرية المقابلة لهذه الوساوس لدى الأطفال فهي الاغتسال والتنظيف ، وتليها المراجعة والعد والتكرار واللمس .

ويمكن إثارة هذه الأعراض - فى كل حالة تقريباً - بانفعال أو أكثر غير سار بما في ذلك الخوف والشك والاشمئزاز وأي دفعات أولية أخرى وما يسميه بعض الباحثين بعدم الاكتمال الحسي ، مثال ذلك أن طقوس الاغتسال يمكن أن تكون رد فعل لمخاوف التلوث أو استجابة للشعور باللزوجة ، فالأول مكون معرفي متصل بالخوف المرضى فى الأصل ، في حين يحدث الأخير استجابة لاختلال حاسة اللمس dysesthesia وحتى دون مثير واضح . ومهما كان أصلها فإن معظم الأطفال يخبرون طقوس الاغتسال والمراجعة في وقت ما خلال سير المرض .

وتتغير أعراض اضطراب الوسواس القهرى عادة عبر الزمن ، فكثير من الأطفال إن لم يكن معظمهم لديهم أكثر من عرض من أعراض اضطراب الوسواس القهرى فى أى وقت معين ، وكثير منهم سوف يجرب كل الأعراض التقليدية للوسواس القهري تقريباً بنهاية المراهقة ، أما أولئك الذين لديهم وسواس واحد أو فعل قهرى واحد فقط فهم نادرون جدا (Ibid) . انظر إلى الحالة التالية :

حالة : «لقد حطم هذا الفريق حياتي» :

كان «تامر» هو الطفل الوحيد ، وكان يعيش مع أبيه وأمه ، ويبلغ من العمر ستة عشر عاماً ، وكان أصغر قليلا من معظم أقرانه فى الفصل الدراسي (فى المرتبة الحادية عشرة) ، ويبدو أصغر منهم . وكان «تامر» من الناحية الدراسية طالباً متوسطاً ، ولكنه لم يكن كمعظم أقرانه من ناحية سلوكه الاجتماعي ، فكان يشعر بأنه مغترب تماماً عن بقية الأولاد ، وكان قلقاً جداً عندما يتكلم مع البنات ، وكان يكره وجوده فى المدرسة ، ويحتقر كل شيء متصل بها .

ولم تكن حياته فى المنزل بأحسن حالاً من خبرته فى المدرسة ، فكان يتجادل مع والديه كثيراً ، وكانت علاقته بوالده بوجه خاص متقلبة ، وفى الحقيقة فقد آلت الأمور إلى مآل سيء ومتوتر جداً إلى الدرجة التى كانت الأسرة كلها تعالج شهوراً عدة .

وحدث حادث مرعب أوصل المشاعر المريرة لدى «تامر» نحو المدرسة إلى الذروة ، فقد صمم «تامر» على الالتحاق بفريق سباق المضمار ، وكان «تامر» أخرق (غير بارع) وقدراته البدنية غير كافية للتنافس مع زملائه . وعندما كان يتدرب على رياضة سباق المضمار مع عدّائي المسافات الطويلة الآخرين كان يصبح هدفاً لنكاتهم .

وفي أحد الأيام أجبر أحد المتسابقين من زملاء الفريق «تامر» على أن يخلع ملابسه ، ويجرى عارياً من الشجيرات إلى ملجأ فى الحديقة ، وعندما ذهب «تامر» إلى هذا الملجأ وجد سروالاً (بنطلونا) قصيراً قديماً ، فارتداه ، وقفل راجعاً إلى حجرة الأدراج الخاصة باللاعبين .

وكانت هذه الخبرة مذلة ومخزية ، وبدأ « تامر» فى هذه الليلة فى القلق من ناحية البنطلون القديم الذى لبسه مضطراً ، من الذى تركه فى الحديقة ؟ هل كان قذرا ؟ هل تعرض لمرض مرعب من جراء لبسه ؟ وترك «تامر» فريق سباق المضمار في اليوم التالى ، ولكنه لم يستطع أن يُخرج هذه الخبرة من عقله ، فكان كلما رأى الأولاد الآخرين فى المدرسة يصبح غاضبا حانقاً ، وكان يقول لنفسه مراراً وتكراراً : «لقد حطم هذا الفريق حياتى» ! .

وبدأ «تامر» يخاف من أنه قد أصيب بعدوى نقص المناعة المكتسب (الإيدز) من هذا السروال ، وذلك على الرغم من معرفته بأن ذلك غير معقول ، ولم يستطع أن يستبعد هذه الفكرة من عقله ، وقرأ كل شيء استطاع أن يجده بالنسبة للأعراض المبكرة لمرض الإيدز . وتطورت هذه المخاوف إلى الحد الذى وصلت فيه إلى أنه كلما سعل فكر فى أنه التقط عدوى فى الجهاز التنفسي ، وإذا فقد توازنه فكر فى أن لديه مضاعفات فى جهازه العصبي ، وأصبحت قائمة «الأعراض» طويلة جداً !

وفى العام التالى تزايد القلق ، وبدأ يستهلك «تامر» ويستنفد قواه ، واستحوذت عليه فكرة «التلوث» بشكل ثابت ، وهو ما تخيل أنه انتشر من كتبه وملابس المدرسة إلى الأثاث وبقية الأشياء فى منزله ، وعندما كانت الملابس التى يلبسها فى المدرسة تحتك فى مقعد أو حائط فى المنزل كان يشعر أن هذه المنطقة كأنها قد أصبحت ملوثة . وعندما يلمس شيئاً ما كان يستخدمه فى المدرسة يتزايد احتمال تفكيره فى المدرسة ، وقد أثار ذلك الأفكار الكريهة والمشاعر السلبية التى ترتبط بها (الغضب ، والخوف ، والاكتئاب) .

وحاول «تامر» بطرق شتى أن يقلل من انتشار التلوث ، مثال ذلك أنه كان يأخذ «دشاً» ويغير ملابسه كل مساء الساعة السادسة بعد الانتهاء من الواجب المدرسى في الحال . وبعد طقوس التنظيف هذه كان حريصاً على أن يتجنب أن يلمس كتبه أو ملابسه المتسخة فضلا عن أي شيء كانت الكتب أو الملابس المتسخة قد لمسته ، فإذا اصطدم بهذه الأشياء الملوثة عن طريق المصادفة كان يذهب إلى الحمام ويغسل يديه . وكان «تامر» يغسل يديه من عشر مرات إلى خمس عشرة مرة كل مساء عادة ، كما كان يشاهد التلفاز وهو يسير جيئة وذهاباً ، وذلك ليتجنب أن يجلس ويلمس الأثاث الملوث .

وأصبحت همومه من التلوث وانزعاجه منه غير متحملة من والديه ، وكانا محبطين من سلوكه ، وأضرت مخاوفه تلك بنشاطات والديه من زوايا عدة ، فلم يسمح لهما بلمسه أو لمس أشيائه بعد أن يكونوا فى غرف معينة من المنزل ، وكانت حركاته الغريبة والاغتسال المستمر مزعجةً لهما . وأخيراً صمم والدا «تامر» على عرضه على طبيبة الأسرة لتحويله إلى المختص (Oltmanns & Emery, 1995,p. 111f) .

وتبين هذه الحالة بداية اضطراب الوسواس القهرى فى المراهقة ، ومدى تأثر هذا الاضطراب بحدوث حادث صدمي واجه هذا المراهق ، وكيف أن الأعراض تبدأ محدودة ثم تنتشر لتشمل قطاعاً كبيراً من سلوك الفرد المضطرب . انظر كذلك إلى هذه الحالة :

حالة : «من شابهت أمها فما ظلمت»* :

«سعاد» طفلة في الثامنة من عمرها ، فى السنة الثالثة الابتدائية ، حولها طبيب العائلة لعلاجها من سلوك الاغتسال المفرط . وقد لاحظ والداها - قبل شهرين من موعد المقابلة - أنها تغسل يديها بشكل متكرر لتطهيرهما من الميكروبات . وكانت «سعاد» منزعجة - بوجه خاص - من أنها يمكن أن تلمس عضوها التناسلي (الفرْج) وتصبح قلقة جداً من احتمال أن تلمس شخصاً آخر ، فتنشر نوعا ماً من الميكروبات الجنسية ، كما كانت «سعاد» مشغولة جدا ومتضايقة من أن ملاءات سريرها قد تكون ملوثة ، وكانت تصر على أن تغسل هذه الملاءات مرة كل يومين على الأقل .

وأصبح سلوك الاغتسال لدى «سعاد» متكرراً جداً حتى أصبحت يداها مشققتين من آثار الصابون . وفضلا عن ذلك فقد اتخذت وضعاً جسمياً شاذاً بحيث كانت تمشى وتجلس وهى تشبك يديها وذراعيها فى مستوى صدرها خوفاً من أن يكونا فى وضع منخفض ، ومن ثم فإنها يمكن أن تلمس منطقة الفرْج بشكل عرضى .

وكانت «سعاد» مرتبكة جداً من هذه الوساوس ، ورفضت فى البداية أن تناقشها ، ولكن المعالج - خلال جلسة لعب - قال لها : إننا سنذهب ليكون لنا حديث خاص جداً عبر «الهاتف اللعبة» ، وخلال المحادثة سألها المعالج عما إذا كان لديها أى هموم غريبة ، فاستطاعت «سعاد» عندئذ أن تصف باختصار شديد خوفها من الجراثيم . واحتاج المعالج - بسبب ارتباك الطفلة - إلى خمس جلسات لعب ليحصل على وصف كامل لوساوس «سعاد» وسلوكها القهرى .

وعلى الرغم من خطورة الأعراض التى ظهرت على «سعاد» فى المنزل فلم ينتبه أى من المعلمة أو زملاء الفصل إلى أن لديها مشكلات طبية نفسية ، واتصل فريق العلاج بمعلمة «سعاد» ، وقررت المعلمة أن كلا من الطلاب والمعلمين يحبون«سعاد» جداً

---

* من الملاحظ أن المثل العربي الأصلي نصه : «من شابه أباه فما ظلم» ، ولكن الحالة هنا للأم وابنتها .

ويحترمونها كثيراً ، ولكنها أشارت إلى أن «سعاد» بدت يقظة الضمير بصورة غير عادية وأنها معرضة للقلق في بعض الأوقات .

وعندما سئل والدا «سعاد» عن أى تاريخ أسري لاضطراب الوسواس القهرى ، اعترفت والدتها بأنها كثيراً ما تشعر بالحاجة إلى القيام بسلوك المراجعة بشكل مسرف ، ووصفت قيامها بمراجعة موقد الطهى مئات المرات للتأكد من أنه مغلق ، ومراجعة مكواة لف الشعر الخاصة بها بالطريقة ذاتها ، وذكرت والدة «سعاد» أيضاً سلوك الغسل غير العادي الذى تقوم به ، فإن عليها مثلا أن تستيقظ الساعة الثانية صباحاً لتكنس أرضية المطبخ بسبب قلقها من احتمال أن يصبح قذراً خلال الليل . ولم تتلق أم «سعاد» قط علاجاً لاضطراب الوسواس القهرى لديها على الرغم من اعترافها بأن الأعراض مزعجة لأنها تستهلك وقتاً طويلاً جداً . وقبل هذا الموعد العائلى مع المعالج لم يكن لديها أي فكرة عن السبب فى أن لديها مثل هذه «العادات» غير العادية .

وظهر كذلك – فى أواخر الجلسات العلاجية – أن أم «سعاد» لديها أفكار وسواسية من أن ابنتها قد تكون تعرضت لسوء ممارسة جنسية ، وكانت الأم تستجيب لهذه الأفكار الوسواسية باستجواب «سعاد» بشكل متكرر عن احتمال وقوع سوء الممارسة الجنسية لها . وخلال هذا الاستجواب كانت الأم تسأل ابنتها أسئلة مثل : «هل أنت متأكدة من أنه لم يلمسك أى شخص بين ساقيك ؟» و«هل تفكرين فى أن شخصاً ما يمكن أن يكون قد تحرش بك جنسياً وأنت نسيت ذلك ؟» و«هل استطاع شخص ما أن يلمسك وأنت نائمة؟» .

وتزيد هذه الاستجوابات من قلق «سعاد» بالنسبة «للتلوث» ، وتؤدى إلى مزيد من سلوك الغسل ، والتفكير فى أنها ملوثة من الناحية الجنسية بطريقة ما . ويبدو أن خوف «سعاد» من التلوث نتيجة لعضوها التناسلي يزيد قلق الأم بالنسبة لسوء الممارسة الجنسية لابنتها ، وأن قلق الأم من احتمال سوء الممارسة الجنسية يجعل وساوس التلوث لدى «سعاد » تتفاقم . وترفع هذه الدائرة المغلقة بوضوح من اضطراب الوسواس القهرى لدى

كل من الأم وابنتها ، وتجعله يسوء ويتفاقم .

ويقرر معظم المعالجين أن نسبة تتراوح بين ٢٠٪ ، و٣٠٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهرى لديهم قريب حميم عنده الحالة ذاتها . وتعد حالة «سعاد» واضحة فى أنها هى وأمها لديهما أعراض وسواسية قهرية متفاعلة ، ويبدو أنها تجعل الاضطراب يتفاقم بالنسبة لكلتيهما . وفي خلال العام السابق لتشخيص «سعاد» باضطراب الوسواس القهرى فقد اصطحبتها أمها مرتين إلى عيادة لتقويم احتمال حدوث سوء الممارسة الجنسية لها . ولم يوجد دليل فى كلتا المرتين على حدوث سوء ممارسة جنسية ، ولكن لم ينظر القائمون على الحالة فى هاتين العيادتين إلى احتمال تشخيص اضطراب الوسواس القهرى (Greist & Jefferson, 1995,pp. 57-59) .

الاضطرابات المصاحبة

من الممكن أن يشخص أكثر من اضطراب لدى مريض واحد ، ذلك أن اضطراب الوسواس القهرى ليس اضطراباً مانعاً ، ويشيع لدى الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهرى اضطراب اللزمات Tics ، واضطراب السلوك الممزق Disruptive واضطرابات التعلم ، ذلك على المستوى الإكلينيكي والوبائي . ولأسباب مجهولة فإن الاكتئاب الأساسي المصاحب لاضطراب الوسواس القهرى أقل شيوعاً لدى الأطفال بوصفه حالة مرضية مصاحبة بالمقارنة إلى الراشدين . وعلى المستوى الإكلينيكى فإن مجال الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهرى مثل : هوس نتف الشعر ، واضطراب تشوه صورة الجسم ، واضطرابات العادات كقضم الأظافر ليست غير شائعة لدى مرضى الوسواس القهرى (Foa, *et al.*, 1998) . ومن الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهرى فى الطفولة كذلك اضطراب فقدان الشهية العصبي كما يتضح من الحالة الآتية :

حالة : الصبية التى لا تستطيع التوقف عن البصق :

«نجلاء» صبيـة فى الثامنة من عـمرها ، اصطحبتها أمها إلى طبيب الأطفال بسبب وجود رغبة مستمرة لدى البنت فى البصق فـى المنديل الورقى ، وقررت أمهـا كذلك أن «نجلاء» توقفت عن الأكل ، وفقدت بضعة كيلوجرامات من وزنها فى الأسابيع السابقة لزيارتها للطبيب . وقام الطبيب بتحويل الصبية إلى طبيب نفسى للأطفال ليستبعد تشخيص فقدان الشهية العصبى .

وقد ذكرت «نجلاء» خلال المقابلة وجود وسواس لديها متعلق «بالجراثيم فى البصاق» ، وخافت من أنه يمكن أن يسبب لها مرضاً إذا بلعت لعابها . وكانت الصبية قادرة فى البداية على تجاهل هذا الوسواس ، ولكنها بدأت تبصق في الآونة الأخيرة لتتحكم فى الوسواس وتسيطر عليه وما يرتبط به من قلق وخوف من أن تصبح مريضة .

وكانت رغبتها في البصق تتزايد بسبب أى شيء يزيد من تكوين (إنتاج) اللعاب عندها ؛ ولذلك بدأت «نجلاء» أيضاً تتجنب الطعام وبخاصة المملوء بالبهارات أو الأطعمة الحمضية . وعلى الرغم من أن «نجلاء» تعرف أن خوفها الشاذ من الميكروبات أمر «مختلف» ، فإنها كانت تُعد كونها خائفة من الميكروبات أمراً ملموساً ومقنعاً ، ومع افتقاد الاستبصار هذا فإن الأعراض كانت تسبب لها ارتباكاً شديداً ، وكشفت عن هذه الأعراض للطبيب الذى يفحصها بعد مقاومة ، ولم تحقق «نجلاء» محكات أى اضطراب فى الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع فيما عدا اضطراب الوسواس القهرى ، وكان تاريخها الأسرى سلبيا بالنسبة للمرض العقلي . واستجابت «نجلاء» للعلاج بالعقاقير يليه برنامج تعرض الاستجابة ومنعها ، وتتضمن هذه الطريقة السلوكية التعرض للموقف المخيف أو المادة (اللعاب فى هذه الحالة) ، والمساعدة على مقاومة الدفعة للقيام بالسلوك القهرى (البصق فى هذه الحالة) لتقليل الضيق (انظر للتفصيل : الفصل الثالث عشر) .

تعليق المعالج :

يبدو أن «نجلاء» - اعتماداً على الفحص السطحى - تعانى من اضطراب الأكل ، وفى الحقيقة فإنها ترفض فعلا أن تأكل بسبب مخاوفها الوسواسية من بلع اللعاب . ومع ذلك فإن أعراضها ينقصها كثير من الملامح الأساسية لفقدان الشهية العصبي ، وبخاصة الانشغال الوسواسي بالنحافة ، وبدلا من ذلك فإن الوسواس لديها مرتبط بالتلوث ، والسلوك القهرى الناتج عن ذلك هو أن تبصق ، ويكون ذلك وسيلة لتجنب الميكروبات التى تعتقد أنها موجودة فى اللعاب (Greist & Jefferson, 1995,p. 98f) .

ملخص

اضطراب الوسواس القهري ليس خاصاً بمرحلة عمرية معينة ، بل إنه يمكن أن يحدث في كل مراحل العمر ومن هذه المراحل الطفولة والمراهقة . وتشيع الطقوس القهرية وتعد عادية في مرحلة الطفولة الوسطى ، أما اضطراب الوسواس القهري الكامل فهو نادر في مرحلة الطفولة ، ويمكن أن تحدث أعراض هذ الاضطراب دون أن تلاحظها الأسرة حتى المراهقة أو بدايات الرشد إلى أن تؤثر في عمل الفرد وحياته . وتشيع لدى الأطفال بوجه خاص طقوس الاغتسال والمراجعة والترتيب . ويصل معدل انتشار الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين لمدة ستة أشهر إلى واحد لكل ٢٠٠ تقريباً ، ويطور من ثلث إلى نصف الراشدين المصابين بهذا الاضطراب اضطرابهم خلال الطفولة .

وقد يبدأ الاضطراب في عمر مبكر كالثالثة ، ويبدأ الاضطراب عادة بعد حادث ضاغط ، مع تركيز المصابين على الطقوس الحركية . ويقرز معظم المعالجين أن نسبة تتراوح بين ٢٠٪ و ٣٠٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري في الطفولة والمراهقة لديهم قريب حميم عنده الحالة ذاتها . ويشيع لدى هؤلاء المرضى المضطربين في مرحلتي الطفولة والمراهقة حدوث اضطرابات نفسية أخرى مثل : اللزمات ، وصعوبات التعلم ، وهوس نتف الشعر ، وتشوه صورة الجسم ، وفقدان الشهية العصبى .

ويتضح من هذا الفصل أن التداخل كبير في مختلف جوانب اضطراب الوسواس القهري بين الطفولة والمراهقة والرشد ، ومع ذلك فهناك بعض المظاهر الإكلينيكية التى تعد خاصة بالأطفال وتمثلهم أكثر من الراشدين . كما يجسد هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين تأثير الحوادث الصدمية في نشأته وتطوره .

ويعرض الفصل الثامن لأهم المتغيرات المرتبطة باضطراب الوسواس القهري .

* * *

الفصل الثامن

العوامل المرتبطة بالاضطراب

تمهيد :

بعد أن بينا معدلات انتشار اضطراب الوسواس القهرى والسن التى يبدأ فيها وكيفية هذه البداية ، وخط سيره ومآله في الفصل السابع ، نعرض فى هذا الفصل متعلقات الاضطراب وبعض العوامل التى ترتبط به Correlates ، ومنها الذكاء ، ورتبة المولد ، والطبقة الاجتماعية والأقارب ، والحالة الاجتماعية والخصوبة ، والفروق بين الجنسين ، والفروق بين الثقافات فى اضطراب الوسواس القهرى . ونبدأ بمتغير الذكاء .

الذكاء

ورد فى مسح مبكر أجراه «تمبلر» أن هناك دليلا قوياً على أن الوسواسيين القهريين لهم عادة ذكاء فوق المتوسط ، وأن لهم مواهب استثنائية فى كثير من الحالات ، فقد وجد «إنجرام» أن درجاتهم أعلى من الهستيريين والقلقين فى كل من المصفوفات المتدرجة واختبار «ميل هيل» للمفردات من وضع «ريفين» . وتراوحت نسب ذكائهم في دراسة أخرى بين ١١٨ ، و١٣٤ . ويورد «جريناكر» أنه من النادر جداً أن يوجد نقص عقلى لدى حالات الوسواس القهرى . وتنسحب النتيجة الخاصة بحصول الوسواسيين القهريين على درجات ذكاء مرتفعة على عينة من الأطفال درسها «جود» Judd ، حيث كان مدى ذكائهم يتراوح بين ١٢٥ و١٤٥ (Templer, 1972,p. 377) .

ولكن مسحاً أحدث بيّن أن معظم الدراسات التى استخلصت أن الوسواسيين يمتلكون نسب ذكاء أعلى من المتوسط اعتمدت على عدد محدود من البيانات الدقيقة ، حيث استخدم عدد قليل من الدراسات المقاييس النفسية ، ووضعت معظم الاستنتاجات على أساس الانطباعات الإكلينيكية . وفي ثلاث دراسات

أحدث استخدمت مقياس «وكسلر» لذكاء الراشدين تؤكد الأرقام وجود فرق طفيف وغير دال إحصائياً في الدرجة الكلية على مقياس «وكسلر» (انظر جدول ٢٧) . ولكن الأمر الأكثر أهمية هو الفرق بين نسبة الذكاء اللفظى المرتفعة نسبياً بالمقارنة إلى نسبة الذكاء العملى . وتغرى هذه المفارقة بين الدرجتين بافتراض أن الوسواسيين قد يكونون قابلين لخلل فى وظيفة نصف الكرة الأيمن Hemispheric dysfunction ، ولكن هذا الفرق يمكن أن يفسر أيضاً بملاحظة مفادها أن السلوك القهرى لدى المرضى ، فضلا عن البطء الوسواسى ، يمكن أن يؤثر مباشرة فى أدائهم فى المهام البصرية المكانية ، والحاجة ماسة إلى استخدام اختبارات أدق لقياس الجانبية المخية Cerebral laterality كمهام الاستماع إلى قناتين سمعيتين ، وذلك حتى يختبر فرض خلل وظيفة نصف الكرة الأيمن لدى مضطربى الوسواس القهرى (Rasmussen & Tsuang, 1984,p. 451) .

جدول (٢٧) : متوسط مقياس «وكسلر» لذكاء الراشدين لدى مرضى الوسواس القهرى

الدراسة	ن	نسبة الذكاء الكلية	الذكاء اللفظى	الذكاء العملى
كوريل	٣٠	٩٨,٧ ± ١٤,٨	لم تحدد	لم تحدد
فلور هنرى وزملاؤه	١١	١٠٦	١٠٨	١٠٢
إنسل وزملاؤه	١٨	١١٣ ± ١١,٣	١١٨ ± ١١,٣	١٠٥ ± ١١,٦

ومع ذلك فقد ورد فى مرجع حديث (Steketee & Pigott, 1999,p.2) أن مرضى الوسواس القهرى لهم ذكاء فوق المتوسط .

ومن ناحية أخرى لوحظ أن لدى مرضى الوسواس القهرى نقصاً في تجهيزهم للمعلومات Information processing ، فعندما يتعامل الفرد مع المرضى الوسواسيين

القهريين يذهله وفرة التفاصيل الدقيقة الواردة في وصفهم للأحداث أو الخبرات . ويمكن أن تشير هذه الملاحظة إلى أن هؤلاء المرضى يواجهون صعوبة فى التمييز بين المادة المتصلة بالموضوع وغير المتعلقة به ، ومن ثم يلحقون درجة عليا من الوثاقة والاتصال بكل جانب من جوانب المعلومات . ومثل هذه الصعوبة يمكن أن تنتج على شكل مزيد من الانتباه الشعورى للمنبهات ، وقد اختبر «ريد» Reed هذا الفرض ، فوجد أن الوسواسيين قد تفوقوا على غير الوسواسيين فى الاسترجاع الفورى Immediate recall لسلسلة من الأرقام ، في حين لم يختلفوا عنهم في الاسترجاع طويل المدى Long-term recall للمعلومات العامة . كما يكشف الوسواسيون عن صعوبات فى اتخاذهم للقرارات (Foa & Stekette, 1974) .

موجز ما سبق أن النتائج متضاربة فى علاقة الذكاء باضطراب الوسواس القهرى ، والحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات ، وقد يكون من المثمر أن تجرى دراسات على الفروق بين المرضى ومجموعات ضابطة فى جوانب فرعية محددة فى الذكاء ، وليس الدرجة الكلية على مقياس الذكاء .

رتبة المولد

تعنى رتبة المولد Birth order ترتيب الفرد فى أسرته الحيوية (البيولوجية) من ناحية تاريخ مولده ، ويكون الأكبر عادة صاحب الترتيب الأول ، وهناك بعده الثاني والثالث . . . والأخير والوحيد . . . وهكذا . وقد أظهر بعض الدراسات المبكرة أن عدداً لا بأس به من مرضى الوسواس القهرى لهم رتبة مولد الطفل الوحيد أو الطفل الأول ، وافترض أن تطور شخصية الطفل الوحيد والطفل الأول تتأثر بعدد من العوامل المؤدية إلى تكون الوسواس القهرى أهمها ما يلى :

١- فترة التعرض المكثف لتأثير الراشدين من دون وجود خبرات معدلة من الإخوة .
٢- توقع الإنجاز المرتفع من الطفل الأول وبخاصة الذكر .
٣- عدم الخبرة النسبية لدى الوالدين عند تعاملهما مع الطفل الأول (Templer, 1972) .

وكشفت إحدى الدراسات الأحدث عن ميل لدى مرضى الوسواس القهرى إلى أن يكونوا فى مركز الطفل الأول ، ولكن لم يصل هذا الفرق إلى مستوى الدلالة على الرغم من أن هذا اتجاه واضح . وفي دراسة ثانية تأكد وجود الوسواسيين القهريين فى مركز الطفل الأول بمستوى دالّ إحصائياً .

وقد افترض أن قلق الوالدين وجمودهما يقومان بدور فى تطوير الأخلاقيات الصارمة والمستوى المرتفع من القلق الذى يشاهد لدى مرضى الوسواس القهرى ، في حين تميل أساليب القلق والتصلب الوالدية إلى التناقص مع الأطفال الذين يولدون بعد ذلك ، كما أن توقع التحصيل المرتفع من الطفل الأول يقوم بدور أيضاً (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

وأظهرت إحدى الدراسات زيادة فى أعداد رتبة الطفل الأول أو الطفل الوحيد في مرضى الوسواس القهرى الذكور ، ولكن دراسة أخرى لم تؤكد ذلك . وأظهرت دراسة ثالثة أن الوسواسيين القهريين الذكور من أقارب مرضى الوسواس القهرى يميلون أيضاً إلى أن تكون رتبة مولدهم الأولى ، وأن الأقارب الذكور من ذوى الرتبة الأولى فى المولد يكون لديهم مزيد من الأعراض الوسواسية القهرية عن أولئك الذين ولدوا متأخراً .

وقد ينتج ذلك عن عدم خبرة الوالدين ، أو عن توقعاتهما المرتفعة من أبنائهما ، وعدم وجود الإخوة ، ويدعم التفسير الأخير نتيجة إحدى الدراسات التى كشفت عن أن أطفال الأمهات الوسواسيات القهريات - بالمقارنة إلى العينة الضابطة - لديهم مزيد من التفاعل العميق مع الراشدين ، ومزيد من الوقت الذى يقضونه فى وحدة ، وأن خبراتهم البدنية محدودة ، وأنهم أكثر ترتيباً وتنظيماً ، وأقل تسامحاً وأقل انطلاقاً ، وأقل توجهاً نحو القرين (Marks, 1987,p. 425f) .

وأوضحت دراسة حديثة أن ثلث مرضى اضطراب الوسواس القهرى كانت رتبة مولدهم هى الأولى (El- Saadany, 1996,p.11) . وقد درس «بولارد» وصحبه (Pollard, *et al.*, 1990) . العلاقة بين رتبة المولد واضطراب الوسواس القهرى لدى ٦٢

من مرضى الوسواس القهرى ، وقورنوا بـ٦٠ من مرضى الخوف من الأماكن المفتوحة ، و٩٢ من المرضى المكتئبين ، ولم تظهر فروق جوهرية بين المجموعات ، وتتعارض هذه النتيجة مع نتائج الدراسات المبكرة .

والخلاصة أن الدراسات عن علاقة رتبة المولد باضطراب الوسواس القهرى تنقسم إلى قسمين : أولهما أن هناك ميلاً لدى مرضى الوسواس القهرى لأن يكون ترتيب مولدهم الأول ، وثانيهما أنه لا علاقة بين هذا الاضطراب ورتبة المولد . وربما تكون هذه الفروق قد جاءت نتيجة لطبيعة العينات المختارة .

فصل الميلاد

قام «جرينبيرج» بدراسة فحص فيها فصل الميلاد Season of birth لكل مرضى الوسواس القهرى الداخليين inpatients في المملكة المتحدة (إنجلترا) ، ووجد أنه يماثل نظيره في الجمهور العام (Marks, 1987,p. 425) ، ويعنى ذلك أنه لا علاقة بين فصل الميلاد (أى الفصل الجغرافي الذى ولد فيه المريض) واضطراب الوسواس القهرى ..

الحالة الاجتماعية والخصوبة

ظهر أن ما يقرب من نصف عدد المرضى بالوسواس القهرى الراشدين غير متزوجين ، وهو معدل أكبر من المتوقع لدى العينات الضابطة ، وكذلك بالنسبة إلى مرضى مخاوف الأماكن الواسعة ، حيث إن معظمهم متزوجون . وتشيع العزوبة لدى الذكور أكثر من الإناث فى اضطراب الوسواس القهرى (Marks, 1987,p. 425) . ويؤكد ذلك مسح أحدث للدراسات ، فقد اتضح أن نسبة كبيرة من المرضى تظل عزبة دون زواج بالنسبة إلى المجموعة الضابطة المقارنة بها ، وظهر أن نسبة ١٠٪ من مرضى الوسواس القهرى فوق سن ٣٥ وغير متزوجين . ومن الشائق أن يظهر أن نسبة الطلاق منخفضة لدى المرضى المتزوجين على الرغم من الضغوط التى يفرضها اضطراب الوسواس القهرى على الإناث (El- Saadany, 1996, p. 10) . ومن ناحية أخرى

أظهـرت بعض الدراسـات (Kaplan & Sadock, 1991,p.404) زيادة انتشـار اضطراب الوسواس القهرى بين المطلقين والمنفصلين والعاطلين عن العمل .

وفي حال زواج مرضى الوسواس القهرى فهناك اتفاق عام بين معظم الدراسات على وجود درجة كبيرة من سوء التوافق الزواجى لدى هؤلاء المرضى ، وأرجع السبب فى ذلك إلى العجز الاجتماعي الناجم عن أعراض المرضى وخصال شخصياتهم (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

أما القسم المتزوج فى اضطراب الوسواس القهرى فإنه يتزوج متأخراً - فى المتوسط- بالمقارنة إلى المكتئبين الذهانيين ، والفصاميين ، أو غيرهم من العصابيين . ويؤثر العمر المتأخر عند الزواج لدى الوسواسيين القهريين في انخفاض نسبة الخصوبة لديهم ، حيث ينجبون عدداً أقل من الأطفال ، وربما لا ينجبون أصلا (٢٩٪ ، و٢٣٪ منهم لم ينجبوا أطفالا فى دراستين مختلفتين) (Marks, 1987, p. 425) .

الطبقة الاجتماعية والأقارب

اعتقد كثير من الإكلينيكيين أن اضطراب الوسواس القهرى أكثر شيوعاً بين الطبقات الاجتماعية الأعلى ومن تلقوا تعليما أرقى ، ومن المحتمل أن يكون الأمر كذلك إذا نظرنا إلى أولئك الذين يأتون إلى المستشفيات والعيادات ويشخصون على أنهم يعانون من هذا الاضطراب . ولكن هناك شكا فى كون هذا الفرق حقيقياً على ضوء هذه العوامل الاجتماعية . ولم تكشف إحدى الدراسات الأمريكية عن معدلات انتشار أعلى للاضطراب بين خريجي الجامعة بالمقارنة إلى غيرهم (de Silva & Rachman, 1998, p. 57) .

وهناك دراسات أخرى بينت العكس ؛ أى أن اضطراب الوسواس القهرى ينتشر أكثر بين أفراد الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة (Kaplan & Sadock, 1991,p. 404) . النتائج غير مؤكدة إذن فى علاقة الطبقة

الاجتماعية بهذا الاضطراب ، وقد تكون متأثرة بتصميم الدراسة : الجمهور العام ، مسح ، عينة من المرضى . . . وهكذا .

أقارب الوسواسيين القهريين :

يشير عدد من الدراسات إلى وجود نسبة انتشار مرتفعة لمختلف أنواع الاضطراب النفسى لدى أقارب المرضى الوسواسيين القهريين ، ولكن دور الوراثة غير واضح فى هذا الصدد (Templer, 1972) .

بعض خصال آباء المرضى :

تتاح معلومات قليلة عن الخصال الوالدية للوسواسيين القهريين ، فظهر من دراسة استرجاعية أن المرضى الذين تزداد لديهم أعراض المراجعة Checkers يدركون أمهاتهم على أنهن كن أكثر تدقيقا ووسواسية وتطلبات ، وذلك بالمقارنة إلى المرضى الذين تزداد لديهم أعراض الاغتسال Washers (Marks, 1987,p. 425) .

الديانة

لا يختلف توزيع الديانات لدى مرضى الوسواس القهرى عن توزيعها فى بقية أنواع اضطرابات القلق فى المرضى والجمهور العام ؛ أى : لا يميل هؤلاء المرضى إلى أن يكونوا أكثر تديناً من بقية مرضى الأنواع الأخرى للقلق . ولكن الدين يقوم بدور مهم لدى بعض مرضى الوسواس القهرى فى شدة الأعراض ومحتواها ، فتشيع لديهم الموضوعات الدينية فى الوساوس والأفعال القهرية (Antony, *et al.*, 1998) .

الفروق بين الجنسين

تختلف نتائج الدراسات عن الفروق بين الجنسين فى اضطراب الوسواس القهرى ، فيشير بعضها إلى تساوى النسبة بين الجنسين ، فى حين تورد دراسات أخرى زيادة فى معدل إصابة الإناث بهذا الاضطراب ، وهذا ما نعرض له فيما يلى :

يذكر «ماركس» أن نسبة الجنسين متساوية فى اضطراب الوسواس القهرى ، وذلك كما ظهر من ٢٤٤ , ٢ حالة في ١٨ سلسلة من الدراسات . ولكن هناك بعض الفروق الطفيفة (Marks, 1987,p. 424) . ومن ناحية أخرى يورد آخران تفوق نسبة الإناث على الذكور فى اضطراب الوسواس القهرى ، فقد وجد «راسميوسين ، وتسانج» أن ٥٥٪ من ٦٣٠ , ١ مريضاً هم من الإناث . فى حين يذكر «كارنو ، وجولدنج» نسبة ٦٠٪ من الإناث فى عينة مرضى الوسواس القهرى التى درساها (Barlow & Durand, 1995,p. 198) .

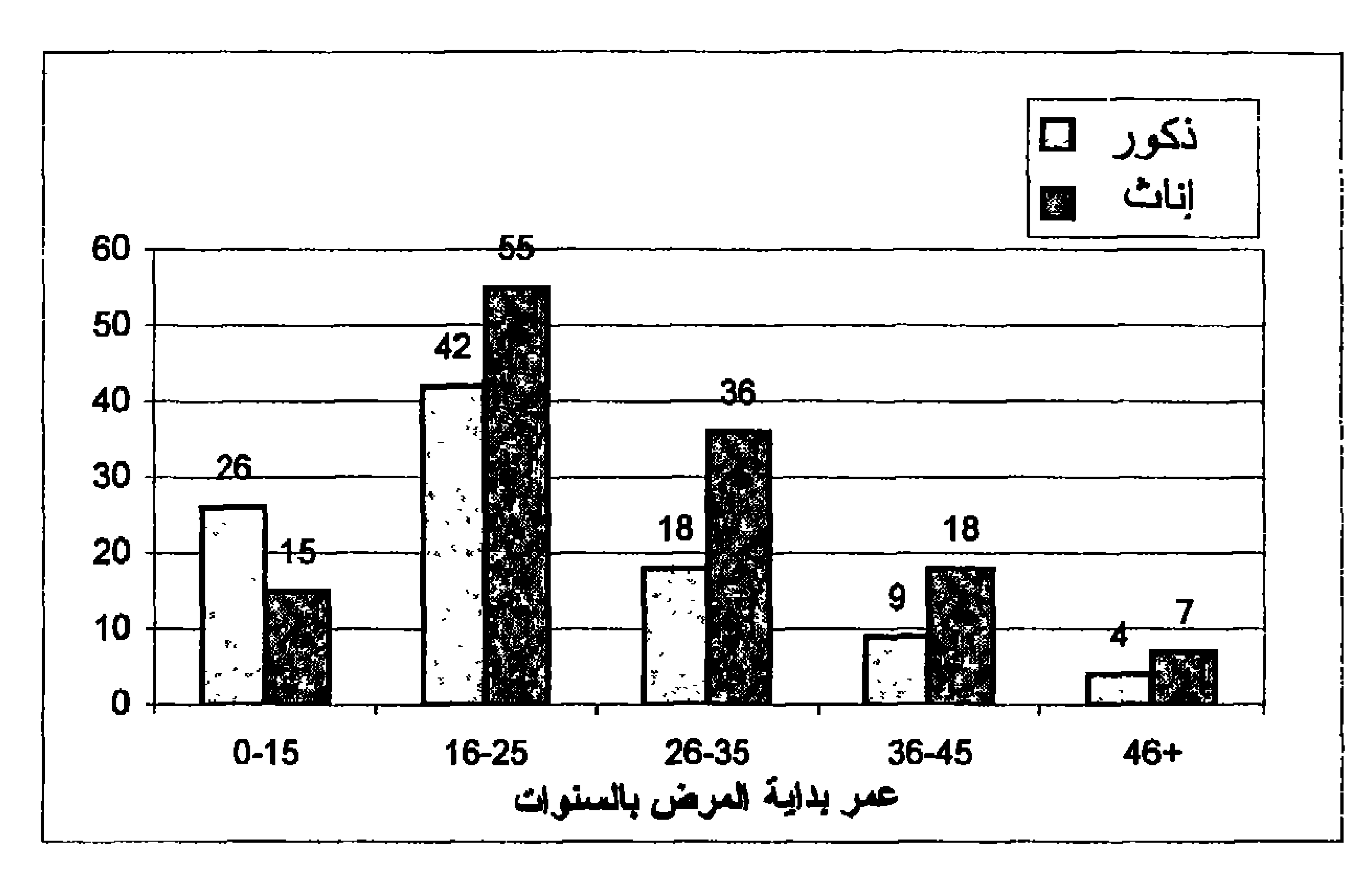
وفي دراسة أخرى يورد «راسميوسين ، وتسانج» أن النسبة متساوية تقريباً بين الذكور والإناث فى اضطراب الوسواس القهرى ، ولكن «هولنجزوورث» وزملاؤه استعرضوا معدلات حدوث الاضطراب لدى عينة من الأطفال فى المستشفيات الطبية النفسية فوجدوا غلبة الأطفال الذكور فى هذا التشخيص ، ولكن الحاجة ماسة إلى دراسات أخرى على مستوى الأطفال (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

ودرس «لو» Lo مجموعة من المرضى الصينيين فى هونج كونج ، واتضح أن معظمهم من الذكور ، ولكنه ينبه إلى أن الفروق بين الجنسين فى مرضى الوسواس القهرى قد ترجع إلى حقيقة أن المرأة الصينية تحتم عليها التقاليد أن تكون أكثر تقييداً وكفاً بكثير بالمقارنة إلى الرجل ، وأنه يتعين عليهن أن يتعاملن مع أعراضهن الوسواسية بطريقة أكثر سرية وتكتما (Templer, 1972) . وفى الإطار نفسه فقد ظهر أن نسبة الذكور الوسواسيين القهريين تفوق الإناث (١ :٨ , ٠) في دراسات على عينات هندية ، وأرجع الباحثان ذلك إلى معارضة الإناث البحث عن المساعدة الطبية النفسية ، كما قد يرجع ذلك إلى القبول الثقافي الكبير لمرض الوسواس القهرى لدى الإناث (Khanna & Mukherjee, 1992) .

ولكن الجنسين يختلفان في بعض التصنيفات الفرعية داخل المرض ، فقد كشفت إحدى الدراسات أن لدى النساء سلوكاً قهرياً متصلا بالاغتسال أكثر من الرجال (٦٦٪ مقابل ٥٤٪) ، وكذلك الحال فى التجنب (٤٧٪ مقابل ٤٠٪) ، فى حين أن لدى الرجال

قهر البطء أكثر من النساء (٢٦٪ مقابل ٦٪) ، وفضلاً عن ذلك فعند الإناث تاريخ أكثر من فقدان الشهية العصبى (٩٪ مقابل صفر٪) (Marks, 1987, p. 424) .

فحص «كاسيل» وزملاؤه (Castle, Deale, & Marks, 1995) الفروق بين الجنسين لدى ٢١٩ من مرضى اضطراب الوسواس القهرى المحولين إلى مركز فى لندن متخصص فى العلاج السلوكى لاضطرابات القلق ، وكشفت سجلات الحالات ومقاييس التقدير الذاتي أن الإناث لديهن متوسط بداية متأخرة فى العمر ، ويزداد احتمال أن يكن متزوجات ، وأن يكون لديهن أطفال ، كما زاد الاحتمال إلى حد ما أن يكون لديهن تاريخ سابق من اضطراب الأكل أو الاكتئاب ، فى حين زاد الاحتمال عند الرجال أن يكون عندهم تاريخ سابق للقلق أو السمات الشخصية الوسواسية . أما معدلات وجود الاضطرابات النفسية الطبية فلم تختلف جوهريا بين الجنسين . وكشفت هذه الدراسة أن ٤٢٪ من المرضى من الذكور ، ولذا فإن نسبة الذكور إلى الإناث = ١ :١,٣٥ . ويبين شكل (٧) العمر عند بداية المرض لدى الجنسين .



شكل (٧) : العمر عند بداية اضطراب الوسواس القهري
تبعا لجنس المرضى (ذكور/ إناث)

ويركز عدد من الدراسات على الفروق بين الجنسين في سن بداية Onset المرض ، فيذكر «بارلو ، وديوراند» أن العمر المتوسط لبداية اضطراب الوسواس القهرى يمتد من المراهقة إلى أواسط العشرينات من العمر ، ولكن الاضطراب يصل إلى قمته لدى الذكور فى عمر مبكر عن الإناث ؛ فقد اتضح أن قمة عمر بداية المرض لدى الذكور من١٣-١٥ عاما ، وأن عمر بداية المرض لدى الإناث من ٢٠-٢٤ عاماً (Barlow & Durand, 1995,p. 198) .

وفى دراسة أخرى أجريت على ٣٠٧ من مرضى الوسواس القهرى الراشدين اتضح أن البداية المبكرة للمرض (من ٥-١٥سنة) أكثر شيوعاً بين الذكور ، في حين أن البداية المتأخرة (من٢٦-٣٥سنة) أكثر شيوعاً لدى الإناث . وترتبط البداية المبكرة بمزيد من أعراض المراجعة ، وترتبط البداية المتأخرة بحالات أكثر تعاني من أعراض الاغتسال . وكان عدد أكبر من الإناث - بالنسبة إلى الرجال - لهن تاريخ من الاكتئاب الذى سبق علاجه ، وكان ١٢٪ من الإناث لهن تاريخ فى اضطراب فقدان الشهية Anorexia ، فى حين لم يصب بها أى رجل ، وزادت نسبة الإناث المتزوجات عن نظيرتها لدى الذكور . ويمكن أن تعكس هذه الملامح المختلفة بالنسبة لجنس المريض بعض العوامل السببية الفارقة . واتسمت العينة فى هذه الدراسة - كما فى الدراسات السابقة - بانخفاض معدل الزواج وانخفاض الخصوبة لدى المرضى(Noshirvani, *et al.*, 1991) .

وورد فى الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أن هذا الاضطراب يوجد لدى الذكور والإناث بدرجة متساوية (APA, 1994, p. 420) ، ويتفق مع ذلك دراسة عربية أجريت على مرضى من مدينة الإسكندرية (El- Saadany, 1996,p. 108) . ويتفق أيضاً مع دراسة ثقافية مقارنة بين الأمريكيين والكويتيين ، فكان الارتباط صفرياً بين جنس المفحوص والدرجة الكلية على المقياس العربى للوسواس القهرى فى كل من العينتين (Lester & Abdel-Khalek, 1998) .

ومن ناحية أخرى فقد فحص بعض الدراسات الفروق بين الجنسين فى معدل تكرار

أعراض الوسواس والقهر كما يبين جدول (٢٨) .

جدول (٢٨) : الفروق بين الجنسين فى أعراض الوسواس القهرى

أعراض الوسواس والقهر	الرجال	النساء	المقارنة
الوساوس الجنسية	٪٢٧,٠	٪١٢,٧	الرجال أعلى
التناسق والدقة	٪٢٨,٦	٪٨,٠	الرجال أعلى
الطقوس القهرية الغريبة	٪٣٤,٨	٪٢٢,١	الرجال أعلى
الوساوس العدوانية	٪١٥,٣	٪٢٦,٢	النساء أعلى
طقوس الاغتسال والنظافة	٪٤٣,٧	٪٥٩,٦	النساء أعلى

(انظر : Antony, *et al.*, 1998,p.15) .

الخلاصة من هذه الدراسات أن النتائج غير متفقة على الفروق بين الجنسين فى اضطراب الوسواس القهرى ، فكثير منها يكشف عن زيادة بسيطة فى نسبة الإناث فى هذا الاضطراب ، في حين تبين دراسات أخرى تساوى النسبة بين الجنسين . ولكن دراسات أخرى تؤكد على حقيقتين أخريين هما : الفروق بين الجنسين فى كل من سن بداية المرض ، والأعراض الغالبة على جنس (نوع) دون آخر .

الفروق بين الثقافات

تختلف الطبقة الاجتماعية لمرضى الوسواس القهرى اختلافاً كبيراً من دراسة إلى أخرى ، ويشير كثير من الدراسات إلى أن المرضى لهم طبقة اجتماعية وذكاء فوق المتوسط ، وهذه النتائج مستمدة من عينات فى المستشفى أكثر منها عينات في المجتمع ، وربما لا تنطبق بالدرجة ذاتها على المجتمع بشكل كلي . ولكن ما الحال بالنسبة للثقافات المختلفة ؟

يحدث اضطراب الوسواس القهرى بكثرة فى الصين والهند ومصر فضلا عن البلاد الغربية ، وليس من المعروف هل هناك فروق دقيقة بين الثقافات فى معدلات انتشار الوسواس القهرى وأشكاله وشدته . ومن الشائق أن يظهر أن حالات الحوادث فى عنابر تجبير العظام لديهم مزيد من السمات والأعراض الوسواسية والقهرية (وليس اضطراب الوسواس القهرى) فى أيرلندا أكثر من إنجلترا أو أسكتلندا . وتزداد درجات هذه السمات والأعراض بوجه خاص لدى الأيرلنديين العزب من الرجال وعند النساء الأيرلنديات القرويات ، ويحصل الإنجليز غير الكاثوليك على درجات أعلى فى الوسواس القهرى من الإنجليز الكاثوليك . وهذه النتائج - مرة ثانية - تتصل بالأعراض والسمات الوسواسية القهرية وليس اضطراب الوسواس القهرى ، وأسباب هذه الفروق غير معروفة .

وفي البلاد العربية كالسعودية ومصر فمن السهل تحديد اضطراب الوسواس القهرى والتوصل إليه ، على الرغم من أن المعتقدات الثقافية والاهتمامات يبدو أنها تؤثر فى مضمون الوساوس وطبيعة القهر . ويرتبط موضوع الوساوس - في هاتين الدولتين فى المقام الأول - بالشعائر والممارسات الدينية ، وبخاصة التركيز على النظافة فى الديانة الإسلامية . كما أن موضوعات التلوث والقذارة منتشرة بدرجة كبيرة فى الهند ، ولكن يبدو أن اضطراب الوسواس القهرى متشابه بدرجة ملحوظة عبر الثقافات ، فقد استعرض «إنسل» Insel دراسات من : إنجلترا ، وهونج كونج ، والهند ، ومصر ، واليابان ، والنرويج ، ووجد أنماطا متشابهة أساساً ، فضلا عن التشابه في النسب الخاصة بكل من الوسواس والقهر (Barlow & Durand, 1995, p. 198) .

ويؤكد «دى سيلفا ، وريكمان» أن اضطراب الوسواس القهرى يظهر فى مناطق مختلفة من العالم ، وفي ظروف حضارية مختلفة . وتتاح أوصاف هذا الاضطراب فى معظم الثقافات الغربية كما فى كل من الهند ، وهونج كونج ، وتايوان ، ومصر ، وسنغافوره ، وسيريلانكا ، وإنجلترا ، والولايات المتحدة الأمريكية . . . وغيرها . وقد ظهر تشابه ملحوظ فى الوساوس والقهر فى كثير من البلاد ، والتشابه كبير بين ملامح الاضطراب (de Silva & Rachman, 1998,p.59) . ويضيف «إملكامب» أن شكل

الوسـاوس ومحتواهـا متشـابـه كثيـراً في كل مـن أوروبـا والـولايات المتحدة الأمريكية وكندا والهند (Emmelkamp, 1987) . ويبين المؤلف نفسه توزيع موضوعات الوساوس في جـدول (٢٩) .

جدول (٢٩) : توزيع موضوعات الوساوس فى كل من إنجلترا والهند

محتوى الوساوس	إنجلترا (ريكمان ، وهودجسون)	الهند (أخطر وصحبه)
القذارة/ التلوث بالأمراض	٪٥٥	٪٥٩
العدوان/ الأذى	٪١٩	٪٢٥
الترتيب والنظام	٪٣٥	٪٢٣
الدين	٪١٠	٪١٠
الجنس	٪١٣	٪٥

والتشـابـه كـبيـر بين مـوضـوعـات الـوسـاوس بين إنجلتـرا والهند ، فيـمـا عـدا مـوضـوعـات الجنس ، حيث تزداد لـدى الوسـواسـيين الإنجليـز بالمقـارنة إلى الهنـود (Emmelkamp. 1982,p.7) .

ويبين جدول (٣٠) الموضوعات الشائعة للوساوس فى أربع دول .

ويتـضـح من جـدول (٣٠) أن وسـاوس التلوث أكـثـر الوسـاوس حـدوثاً فى كل الدراسـات الأربع ، ويتشـابه المصريون واليـهـود فى الوسـاوس الدينية والمتعلقة بالنظافة والقـذارة ، في حين أن الموضـوعـات المشـتـركـة بين الإنجليـز والهنود ترتبط بالتـرتيب والجـوانـب العـدوانيـة(Okasha, *et al.*, 1994) . ووجـد «أخطر» وزمـلاؤه أن المحـتـوى الوسواسي يتحدد أكثر بوساطة عوامل خارجية كالدين أو المهنة لـــدى الـمرضى الهنود

جدول (٣٠) : الموضوعات الشائعة للوساوس فى مصر والهند وإنجلترا والقدس

البلد	ن	التلوث	العدوانية	الترتيب	الجنسية	الدينية
مصر	٩٠	٪٦٠	٪٤١	٪٥٣	٪٤٧	٪٦٠
الهند	٨٢	٪٤٦	٪٢٩	٪٢٧	٪١٠	٪١١
إنجلترا	٤٥	٪٣٨	٪٢٣	٪١١	٪٩	-
القدس	١٠	٪٤٠	٪٢٠	٪١٠	٪١٠	٪٥٠

عن : (Okasha, *et al.*, 1994) .

(Khanna & Mukherjee, 1992) . وتجدر الإشارة إلى أن النتائج المعتمدة على عشرة مرضى (عينة القدس) تعد محل تساؤل .

وقد اتضح - لأسباب مجهولة - أن اضطراب الوسواس القهرى أكثر شيوعاً لدى الأطفال من العنصر القوقازى أكثر من الأمريكيين الأفريقيين في العينات الإكلينيكية ، وذلك على الرغم من أن نتائج الدراسات الوبائية على الراشدين كشفت أنه لا فروق فى معدلات انتشار هذا الاضطراب على أساس العنصر أو المنطقة الجغرافية (Foa *et al.*, 1998,p. 37) ، ويؤكد ذلك ما أظهره بعض الدراسات من أن اضطراب الوسواس القهرى يميل إلى أن يكون نادراً نسبياً بين الأمريكيين من أصل لاتينى أو أفريقى بالنسبة إلى الأمريكيين من الجنس القوقازى (Antony, *et al.*, 1998) . وفى دراسة حديثة (Abdel-Khalek & Lester, 1999) اتضح أن طلاب الجامعة الكويتيين لهم متوسط درجات أعلى من نظرائهم الأمريكيين على المقياس العربى للوسواس القهرى .

وفى دراسة مصرية قام عكاشة وزملاؤه (Okasha, *et al.*, 1994) بفحص تسعين مريضا يعانون من اضطراب الوسواس القهرى تبعاً لمحكات التصنيف الدولى العاشر للأمراض . وتم تقدير الأعراض وشدتها لدى المرضى بوساطة مقياس «ييل- براون»

للوسواس القهرى ، وظهرت النتائج الآتية :

٢٠٪ من المرضى يوجد فى أسرهم تاريخ إيجابي لاضطراب الوسواس القهرى .

٤٠٪ من المرضى شملت أعراضهم خليطاً من الوساوس والقهر .

٢٩٪ من المرضى تركزت أعراضهم على الوساوس .

٣١٪ من المرضى تركزت أعراضهم على القهر .

- كانت أكثر الوساوس انتشاراً بينهم الوساوس الدينية والمتعلقة بالتلوث (٦٠٪) والوساوس البدنية (٤٩٪) .
- وكانت أكثر أنواع القهر حدوثاً هى طقوس التكرار (٦٨٪) ، والسلوك القهرى المتصل بالنظافة والاغتسال (٦٣٪) والمراجعة (٥٨٪) .
- ثلث المرضى كان لديهم مرض مصاحب ، هو اضطراب الاكتئاب .
- فيما يختص باضطراب الشخصية قبل المرض ظهر أن ١٤٪ لديهم اضطراب الشخصية الوسواسية ، و٣٤٪ لديهم اضطراب الشخصية البارانويدية أو القلقة أو المتقلبة انفعاليا ، و٥٢٪ ليس لديهم اضطراب شخصية قبل المرض .

ملاحظة تنبيهية :

لا يعد السلوك المتصل بالطقوس التى تفرضها الثقافة - فى حد ذاته - مؤشراً على الوسواس القهرى ما لم يزد على المعايير الثقافية ، وما لم يحدث فى أزمان وأماكن تعد غير مناسبة كما يحكم عليها أشخاص آخرون من الثقافة ذاتها ، وما لم تتدخل فى وظائف الأدوار الاجتماعية وتؤثر فيها .

ومن الممكن أن تؤدى التحولات المهمة فى الحياة والحداد والحزن الشديد على الميت إلى تقوية السلوك الخاص بالطقوس التى يمكن أن تبدو على أنها وساوس بالنسبة للإكلينيكى الذى لم يألف السياق الثقافي الذى حدثت فيه (APA, 1994, p. 420) .

ملخص

قام الباحثون في هذا المجال بفحص العوامل المرتبطة باضطراب الوسواس القهري وكان أولها الذكاء ، فقد كشفت البحوث المبكرة أن هناك دليلا قوياً على أن الوسواسيين القهريين لهم عادة ذكاء فوق المتوسط ، وأن لهم مواهب استثنائية في كثير من الحالات . ولكن إحدى الدراسات الأحدث لم تؤكد هذه النتيجة ، في حين أكدتها دراسة أخرى بما يشير إلى تضارب النتائج . ومن ناحية أخرى دلل بعض الدراسات على ارتفاع نسبة الذكاء اللفظي بالمقارنة إلى نسبة الذكاء العملي لدى هؤلاء المرضى ، مع وجود نقص لديهم في تجهيز المعلومات ، ووفرة التفاصيل الدقيقة في وصفهم للأحداث .

أما رتبة المولد فيشير بعض الدراسات إلى وجود ميل لدى مرضى الوسواس القهري لأن يكون ترتيب مولدهم الأول ، في حين لم تؤكد دراسات أخرى هذه النتيجة . ولم توجد كذلك علاقة بين الفصل الجغرافي الذي حدث فيه الميلاد وهذا الاضطراب .

ويظل كثير من مرضى الوسواس القهري دون زواج وبخاصة الذكور منهم ، وينتشر هذا الاضطراب بين المطلقين والمنفصلين والعاطلين عن العمل ، أما المتزوجون منهم فيشيع لديهم سوء التوافق الزواجي . والنتائج متضاربة في علاقة هذا الاضطراب بالطبقة الاجتماعية .

وقد ظهر أن هذا الاضطراب لا يشيع في ديانة معينة دون غيرها ، ولا ينتشر في نوع (جنس) دون آخر ، ولكن الفروق بين الجنسين تكمن في سن بداية المرض (الذكور أبكر) ، والأعراض الغالبة على جنس دون آخر .

ويظهر اضطراب الوسواس القهري في معظم بلاد العالم ، وتتاح أوصافه في بلاد كثيرة ، والتشابة كبير في موضوعات الوساوس بين هذه البلاد ، ولكن هناك فروقا في النسب المئوية لتوزيع موضوعات الوساوس الشائعة بين بعض البلاد التي درست . ويعرض الفصل التاسع لآثار الاضطراب في المريض وأسرته .

* * *

الفصل التاسع

آثار الاضطراب في المريض وأسرته

تمهيد :

لا تمر الأعراض المزعجة والمضايقة لاضطراب الوسواس القهرى دون آثار سلبية في الفرد المضطرب ذاته ، فضلا عن أسرته وأقاربه وزملائه . وقد يكون الثمن بسيطاً في الحالات الخفيفة ، وباهظاً فى الحالات الشديدة من هذا الاضطراب . ويعرض هذا الفصل لأهم هذه الآثار .

تعدد آثار الاضطراب

يبذل مرضى هذا الاضطراب جهوداً كبيرة يحاولون فيها إخفاء أفعالهم الطقوسية وأفكارهم ، وربما يرجع ذلك في جزء منه إلى علمهم أن هذه الأفعال والأفكار خالية من المعنى . ويلجأ هؤلاء المرضى إلى تصنع السَّواء Normality قدر استطاعتهم عن طريق حصر قيامهم بطقوسهم فى ساعات حياتهم الخصوصية ، وتفادي المواقف الاجتماعية الحميمة التى قد تنكشف فيها أفعالهم القهرية . ومن المعهود بقاء هذه الأعراض طيَّ الكتمان والستر سنوات كثيرة ، ولا يلتمس المريض العون إلا حينما يبدأ فى الشعور بعجزه عن تدبير الأعراض ؛ أى عندما تبدأ في جعله يتجنب المدرسة أو الالتزامات الاجتماعية (ريبوبورت ، ١٩٨٩) . ولكن تكتم الأعراض والقيام بالطقوس بعيداً عن أعين أقرب المقربين لهى مهمة شاقة حقاً على المريض في معظم الأحوال .

ومن العواقب الشائعة لاضطراب الوسواس القهرى الأثر السلبى الذى يمكن أن يحدثه الاضطراب في المريض نفسه وفي علاقاته بغيره من الناس وبخاصة أعضاء الأسرة ، فإن من ترهقهم الرغبات التى لا يمكن مقاومتها كالحاجة إلى غسل أيديهم كل عشر دقائق ، أو لمس كل مقبض باب يمرون به ، أو يعدون كل قطعة آجر (بلاط) فى

أرضية الحمام ، هؤلاء الأشخاص يغلب أن يسببوا قلقاً وهمّاً أو استياءً وغيظاً لدى أقرانهم (الزوج أو الزوجة) وأطفالهم وأصدقائهم وزملائهم فى العمل .

كما أن المشاعر المعادية أو المضادة التى يشعر بها هؤلاء الأشخاص المهمين بالنسبة للمضطرب يغلب أن يشوبها الشعور بالذنب ، لأنهم - على مستوى معين - يفهمون أن الشخص لا يستطيع فى الحقيقة أن يتوقف عن فعل هذه الأمور غير ذات المعنى . وأخيراً فإن الآثار غير المرغوبة على الآخرين - بدورها - يتوقع أن تكون عواقب إضافية ؛ إذ تولد مشاعر الاكتئاب والقلق الشامل لدى مريض الوسواس القهرى ، وتجهز المسرح لمزيد من التدهور فى العلاقات الشخصية . ولذا يركز بعض المعالجين النفسيين على علاج الزوجين معا نتيجة الضيق الزواجى والصراع الزوجى (Davison & Neale, 1996,p. 152) .

ويزداد الاحتمال كثيراً عند مرضى الوسواس القهرى لحدوث البطالة بشكل مزمن ، بما لذلك من آثار اقتصادية في المجتمع ، ولكن من المعروف أن غالبية هؤلاء المرضى لا يبحث عن المساعدة .

ويؤدى اضطراب الوسواس القهرى إلى إعاقة كبيرة لنوعية الحياة Quality of life ، وتقرب هذه الإعاقة مما يوجد لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ، كما تحدث لدى مرضى الوسواس القهرى إعاقة فى وظائفهم الاجتماعية والأسرية وفى التوافق الاجتماعي (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 24f) . ونعرض فيما يلى لهذه الآثار بشيء من التخصيص والتفصيل.

الضيق والكرب بالنسبة للمريض

على الرغم من أن الدقة والنظافة مزايا وفضائل Virtues تساعد الناس فى أعمالهم وفي حياتهم اليومية ، فإن سلوك الدقة والنظافة عندما يحكم كل فعل يقوم به الفرد فإنه لا يكون عندئذ سمة مرغوبة عند الشخص ، بل جانب من جوانب اضطراب الوسواس القهرى لديه ، وقد يسبب ذلك كثيراً من المعاناة والإعاقة والتشتيت واستهلاك الوقت .

ومن الممكن أن تكون الإعاقة التى يسببها اضطراب الوسواس القهرى ضخمة - على الأقل - كتلك التى يسببها الفصام المزمن ، وتستمر طويلا لعدة عقود . وكثير من الحالات فقدوا وظائفهم من جراء الطقوس التى تجعلهم يصلون متأخرين أو التى تجعلهم يعملون ببطء شديد جداً ، والتى يمكن أن تجعلهم يوقفون كل حياتهم الاجتماعية ، ويصبحون منعزلين عن العالم ، فمن الممكن أن يقضى المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهرى وقتا طويلا من يومهم وليلهم فى الاغتسال المتكرر ، أو المراجعة ، أو العدّ ، ومن ثم فإنهم لا يذهبون إلى السرير قبل الرابعة صباحاً . وحتى فى هذه الساعة فقد يسقطون من الإعياء حتى إنهم يناموت بملابسهم الكاملة على أريكة فى الردهة أو حجرة الجلوس بدلا من البدء فى طقوس الاستعداد للنوم غير المتناهية .

ويجلس بعض المرضى فى سكون على مقعد معظم ساعات اليقظة حتى يتجنبوا أن يصبحوا «قذرين» ، ذلك لأنهم عندما يعتقدون أنهم أصبحوا «قذرين» فإنهم يبدأون ساعات لا تنتهى يغسلون فيها أنفسهم وما يحيط بهم من أشياء (Marks, 1987,p. 433f) .

ويمكن تقدير أبعاد المشكلة حينما يتفكر المرء فى المعاناة الشديدة التى يقاسيها هؤلاء المرضى ، وقد يعني الاضطراب الوسواسي القهرى حياة يغمرُها القلقُ والانعزال حتى لأولئك الذين يستطيعون «السير» فى المدرسة أو على صعيد العمل . وهؤلاء المرضى هم الأكثر تعرضا لحالات الطلاق من غيرهم أو تجنُّب الزواج منذ البداية - ولربما أمكن عَزْوُ بعض السبب فى ذلك إلى حرصهم على منع انكشاف طقوسهم السرية الخصوصية (ريبوبورت ، ١٩٨٩) .

إن هذا الاضطراب فى حالاته الشديدة يمكن أن يسبب تمزقاً لحياة المريض ، ويتدخل فى كل جنبات حياته بحيث تصبح كل نشاطاته فى «خدمة» الوساوس والطقوس القهرية . انظر إلى هذه الحالة :

حالة : «رائحة الوسواس» :

«رانيا» سيدة فى الحادية والثلاثين من عمرها ، دخلت المستشفى لمتابعة علاجها من

اضطراب وجداني ثنائي القطب مع أعراض هوس ، وتمت السيطرة على أعراضها ، وعولجت بالعقاقير المثبتة للحالة المزاجية وبمضادات الاكتئاب ، وشفيت من هذا الاضطراب .

وعندما سئلت «رانيا» خلال المقابلة بشكل مباشر عن الوساوس والقهر ، وصفت سلسلة معقدة من الأفكار المقتحمة والطقوس التى تدور حول العطور وأدوات التجميل .

فقد كانت «رانيا» – وهى تعد نفسها كى تنام – مجبرة على فتح وشم كل زجاجة أو «برطمان» للشامبو وأدوات «المكياج» ومرطبات الجلد على رفوف حمامها ، ثم تتقدم عندئذ إلى المزينة (السراحة) الخاصة بغرفة نومها ، حيث تشم كل زجاجة من زجاجات العطر أو الكلونيا الكثيرة الخاصة بها . وعندما تنتهى من هذا العمل تبدأ فى الخوف من أن تكون قد أخفقت فى إغلاق موقد الطهى ، فيتعين عليها أن تذهب إلى حجرة المطبخ لتراجع – في موقد الطهى – كل المقابض وأماكن الاشتعال فى الفرن ، ويؤدي بها ذلك إلى الأبواب ، حيث تراجع – بشكل متكرر – أقفال الباب .

وحيث إن «رانيا» لا تستطيع أن تدخل حمامها ولا غرفة نومها دون القيام بطقوس الشم الخاصة بها مرة ثانية ، فإن هذه الطقوس تتواصل وتستمر فى دورات تصل إلى ساعات وساعات ، حتى تنهار أخيراً وينالها الإجهاد والإعياء .

وكثيرا ما «تلتصق» رائحة عطر معين فى ذاكرة «رانيا» ، وتجبرها على أن «تفرز» كل حقائبها وصناديقها لتصل إلى كل المنتجات التى صنعتها هذه الشركة المنتجة ، وتستبعد المنتجات التى صنعتها الشركات الأخرى ، وحتى تتجنب «التلوث» فإنها عندئذ تستخدم فقط المنتجات التى صنعتها هذه الشركة . وكى تقوم «رانيا» بذلك على خير وجه فإنها لا تستطيع أن تنام . وكثيراً ما يحدث أن« تلتصق» بأنفها رائحة مختلفة فى الصباح ، عندئذ يتعين عليها أن تعيد كل خطوات هذه العملية مرة ثانية مما يجعلها تتأخر عن عملها .

وحتى الوقت الذى تمت فيه المقابلة المبدئية فقد أنفقت «رانيا» بضعة آلاف من

الدولارات لتطلب «خطوطاً» كاملة من أدوات التجميل و«الشامبو» وغيرها من المنتجات ، كما أن لديها أيضاً مجموعة من مئات المجلات لتساعدها على الوصول إلى هذه المنتجات .

وتصف «رانيا» فترات مرت بها ، تكون خلالها مشمئزة جداً بحيث يجب أن «تطهر» نفسها ، فتقوم بفحص كل العطور وأدوات التجميل الخاصة بها ، وتقذف بهذه الأشياء التى استمتعت بها كثيراً ، وذلك بسكبها فى الحوض . وبعد هذه الفترات تصبح «رانيا» شديدة الاهتياج كما لو كانت مسعورة ، وتجبرها هذه الحالة على استبدال كل شيء قذفته أو تخلصت منه . وفى بعض الأحيان كانت «رانيا» تقود سيارتها ليلا إلى «سوبر ماركت» يعمل ٢٤ ساعة فى ولاية مجاورة ، حيث يمكنها أن تشترى شيئاً ما يجب أن تحصل عليه .

وهناك جانب شائق فى هذه الحالة وهو المكون الشمى القوى ، وبخاصة الطريقة التى تكون فيها الرائحة قادرة على إثارة الأعراض *(Greist & Jefferson, 1995,pp. 171-174) .

إن اضطراب الوسواس القهرى مزعج ومضايق جداً ؛ لأنه يتضمن نقصاً أو انتفاءً للتحكم الإرادي للفرد في أفعاله وأفكاره ، وإن العجز عن تخليص النفس من الأفكار التى لا يمكن التحكم فيها والتى تعد غريبة Alien وغير مقبولة غالباً ، أو الامتناع عن القيام بالأفعال الطقوسية مرات ومرات يثير قلقاً عميقاً . وقد ذكر ٧٠٪ من مرضى الوسواس القهرى في إحدى الدراسات أن طقوسهم مزعجة ومضايقة لأنفسهم ولأسرهم معا ،

---

* من الطريف أن شركة «كالفن كلاين» Calvin Klein قد أنتجت عطراً اسمه «وسواس» Obsession . ويذكر «جيفرى شوارتز ، وبيفرلي بيتى» (Schwartz & Beyette, 1996,p. xv) أن هذه الشركة إذا كانت قد فهمت جيداً معنى الوسواس فإن العطر كان من الأفضل أن يكون اسمه «اجترار» Rumination . ويذكر هذان المؤلفان أنك إذا رأيت منظراً جميلاً جداً وأعجبك ولم تستطع أن تخرجه من عقلك فإن ذلك يعد اجتراراً ، لأنه ليس مزعجاً ، وليس طبيعياً وسوياً أن تفكر فيه فقط بل من الطبيعى أن تكون مسروراً لهذا التفكير . وفى كل ذلك فهو مختلف عن الوساوس .

وعد ٧٨٪ منهم أن طقوسهم سخيفة ، في حين حاول أكثر من ٥٠٪ منهم أن يقاوموا تنفيذ هذه الطقوس ، ولكن الإخفاق فى الانشغال بالطقوس وأدائها ينتج عنه ارتفاع القلق والتوتر (Sue, Sue, & Sue , 1990,p. 162f) . فقد بينت الدراسات أن القيام بالفعل القهرى يؤدي إلى انخفاض التوتر وإلى الرضا ، ومن ناحية أخرى فإن القلق يزداد إذا حاول الفرد أن يقاوم الأفعال القهرية (Kisker, 1977,p. 215) .

آثار الاضطراب في الأسرة

يبدو أن الأسرة لا تتأثر في بعض الحالات باضطراب الوسواس القهرى لأحد أعضائها ، ولكن الأسرة - في حالات أخرى - تتأثر بشدة نتيجة فقد المريض لعمله أو ماله أو حياته الاجتماعية ، فعندما تمنع الطقوس القهرية المريض من القيام بدوره الطبيعى فى تسيير أمور المنزل فإن الأقارب يجب أن يضطلعوا بالمسؤولية ، ويتولون أمر الأسرة بشكل كامل . ولكن المرضى قد يطلبون من الأقارب أن يشتركوا فى الطقوس والسلوك التجنبى .

لقد عاش كثير من أسر مرضى اضطراب الوسواس القهرى حياة شاذة تبعاً لما يورده «إسحق ماركس» ، فقد قامت مريضة تخاف من تلوث منزلها بإجبار أسرتها على الانتقال من مسكنها خمس مرات في ثلاث سنوات ، وذلك للتجنب الكامل للمناطق القذرة من المدينة ، وتم منع الزوار من دخول المنزل ، مما أدى إلى عزلة اجتماعية تامة . وقد يصر مرضى الوسواس القهرى على أن يتجرد أعضاء الأسرة من ملابسهم وأحذيتهم التى يلبسونها خارج المنزل قبل أن يسمح لهم بالدخول إليه ، وفي المنزل قد يُمنع الأقارب من دخول حجرات معينة أو لمس أشياء محددة ، وقد تصبح دورة المياه مشغولة بضع ساعات ، وربما لا يسمح لأعضاء الأسرة بأن يذهبوا إلى السرير إلا بعد الانتهاء من طقوس محددة ، فكانت فتاة مريضة فى الربيع الثامن عشر تجبر والديها على أن يراقبا الطقوس الممتدة وقت النوم للتأكد من أنها قد أدت هذه الطقوس بطريقة سليمة ، كما يتعين عليهما مراقبتها وهى تنظف أسنانها ، وأخيراً فإن عليهما أن يخضعا - بشكل متكرر -

للطقوس المتعلقة بقبلات المساء .

وأحياناً يضغط المرضى على أهليهم - حتى يصاب الأهل بتعب شديد - كى يستمروا فى طقوس غسل ملابسهم أو تطهيرها ، أو حتى يستيقظوا فى منتصف الليل ليتأكدوا - للمرة العاشرة - من أن الرضيع مايزال يتنفس أو من أن مفتاح فرن الموقد مطفأ . لقد كان شاب فى السابعة عشرة من عمره يجبر أمه على أن تنظف سكين المائدة والآنية الخاصة به بشكل متكرر ، ثم يراقبها منتظراً إياها حتى تضع السكر والملح والفلفل فى طعامه ؛ لأنه لا يريد أن يلمس الزجاجات التى تحتويها .

ومريض آخر صغير السن كان يمنع والديه من قراءة الصحف لخوفه من أن ينتشر التلوث من ورق الصحيفة القذر . وكانت أخرى لا تسمح لأمها بأن تنظف المنزل عندما تكون هى داخله (وكانت كذلك معظم الوقت) خشية أن يصيبها الغبار بالقذارة . وكانت امرأة فى منتصف العمر تخاف التلوث من الشوكولاته ، وكانت تمنع زوجها من أن يأكل الشوكولاته فى أى مكان وفى أى وقت ، سواء أكانت موجودة أم لا ، ولدى عودتهما إلى المنزل كل ليلة كان يتعين عليه أن يعدد بدقة ما كان قد أكله فى هذا اليوم .

وفي حالات كثيرة كان المريض يوجه الأسئلة إلى الأهل ، ويطلب منهم طلبات غير متناهية ومملة ، وكان يتعين عليهم أن يجيبوا طلباته سعياً إلى تطمينه ، وذلك مثل : هل أنا نظيف ؟ هل قتلت شخصا ما ؟ هل موقد الطهى مطفأ ؟ هل الأطفال آمنون ؟

وحتى لو استطاعت الأسرة أن تقاوم مثل هذه المطالب - وذلك أمر ليس سهلا - فإن منازلهم تبدو غريبة ، فقد يلمع الحمام من النظافة ويتم تطهيره بشكل كامل ، فى حين أن أجزاء من المطبخ تغطيها بقايا طعام عمره شهر . ويشبه ذلك أن بعض المرضى تدمى أيديهم من الساعات التى يقضونها فى غسلها ، فى حين أن بقية أجسامهم قذرة .

إن المرضى بوسواس النظافة سوف يملأون المطبخ والحمام ودورة المياه بأكوام من الصابون ، والقفازات المطاطة ، وصناديق مسحوق الغسيل ، والمناديل الورقية ، ولفات الفوط الورقية ، وورق التواليت ، وزجاجات السوائل المطهرة .

فأما من لديهم قهر المراجعة فإنهم يضعون قوائم طويلة عند نقط مركزية ، وسوف يحافظ مرضى الدقة والترتيب على منازلهم نظيفة لا عيب فيها وكل شيء في مكانه ، ولكن قد يكون من المستحيل تقريباً أن تتحرك في منزل شخص مصاب بوسواس الاحتفاظ والتخزين Hoarding ، حيث تصبح ممراته وغرفه مركومة ومكومة بالصحف القديمة ، وعلب الطعام ، والأجهزة المكسورة ، وقطع من الحبال ، والمسامير . لقد خزن رجل وسواسي عربة قديمة صدأة على شكل تجميعات في «الجراج» ، في حين أنه ترك سيارته الجديدة معرضة لعوامل الجو في الطريق (Marks, 1987,p. 435f) . انظر إلى هذه الحالة :

حالة : «آلام أسفل الظهر عند الأم تكشف

عن اضطراب الوسواس القهري لدى الابن»

«وليد» رجل في الحادية والأربعين من عمره ، عَزَب ، لا يعمل ، أحضرته أمه إلى المستشفى – تبعاً لنصيحة طبيبها – بهدف الفحص الطبي النفسي . وكان «وليد» يعيش مع أمه ، ويعتمد كلية عليها سنوات طويلة ، وكان عمرها ٦٨ عاماً . وقبل تسعة أشهر من وصوله إلى العيادة فقد طور المريض أعراضاً مداومة ومعجزة له بشدة ، وعجل بحدوث هذه الأعراض مشاهدته لعرض تلفازي تضمن قتل امرأة عجوز .

وبعد مشاهدة هذا العرض ، وكلما سمع «وليد» كلمة أو كلمات معينة من التلفاز تعني «الموت «أو «الاحتضار» ، فإن عليه عندئذ أن يتلو هذه الكلمة أو الكلمات (١٦) مرة ويكتبها فوراً على ورقة ، ثم يأمر أمه أن تكرر عبارات معينة متصلة بالقيام «بأفعال» معينة مثل : «اذهبي إلى السوق» ، و«اذهبي إلى مخزن السلع» ، و «اذهبي إلى البنك» . . . وهكذا .

وكان «وليد» – بعد هذه التلاوة – يطلب من أمه أن تكرر الكلمة أو الكلمات المتصلة بالموت أو الاحتضار (١٦) مرة ، ثم تعيد تلاوتها مرة أو مرتين . بعد ذلك كان يأمر والدته

أن تكرر عبارات ذات توجه عملي وغير مرتبطة بما سبق أن قالته ، مثل :«جاء وقت الأكل» ، و«اغسل أسنانك» ، و«اغسل وجهك» ، و«صفف شعرك» . وفى أثناء تلاوة الأم لهذه العبارات يظل الابن متوتراً ودون حراك ، ويعد المرات التى تتلو فيها أمه كل عبارة .

وبعد تكملة هذه الطقوس كان «وليد» يفحص الحجرة بدقة للتأكد من أن كل شيء فى موضعه ، وكانت الأم تقوم بهذه الطقوس على مضض لتساعد على إنهاء قلق ابنها . وكان على الأم أن تجلس فترات طويلة من الزمن خلال كل تلاوة ، ومن ثم أصيبت بآلام أسفل الظهر Backache ، وهو الأمر الذى دفعها إلى البحث عن العلاج فى المستشفى ، حيث نُصحت أن تحضر ابنها للعلاج .

ويتضح من هذه الحالة التأثير الكبير الذى يمكن أن يحدثه اضطراب الوسواس القهرى فى حالته الشديدة على وظائف الأسرة ، وفى هذه الحالة أصبحت الأم وكذلك الابن من ضحايا هذا الاضطراب . ومما يجعل هذه الحالة مثيرة للمشاعر ، الابتزاز الانفعالى الذى مارسه «وليد» على أمه بإقناعها بأن قلقه يمكن أن يشفى فقط عن طريق سلوكها . ومن الواضح أن الأم فى هذه الحالة قد وقعت فى شرك (أى فخ أو حبائل) طقوس ابنها ، فى محاولة منها لتحقيق السلام وخفض القلق بالنسبة له .

ولا يشجع القائمون على العلاج الأسرى هذا النوع من سلوك الاندماج الزائد ؛ لأنه يضيف إلى تدهور الوظائف الاجتماعية والمهنية للشخص المتأثر ، ولا يشجع المعالجون السلوكيون كذلك مشاركة الأسرة فى الطقوس ؛ لأن مثل هذه المشاركة تفاقم الاضطراب ولا تشفيه (Greist & Jefferson, 1995,p. 119f) .

آثار الاضطراب في الأطفال

من الممكن أن يتأثر الأطفال بوضوح من السلوك الوسواسي القهرى ، فقد يتوقف آباؤهم المضطربون عن رعايتهم ، ويزيدون من حرمانهم الانفعالي من جراء القيود البدنية الغريبة أو الشاذة ، فنتيجة للخوف من الإصابة بالسرطان ؛ فإن الأم الوسواسية القهرية

التى لا تتحرك عادة ترفض أن تلمس أطفالها أو الأشياء الخاصة بهم ، وتمنعهم من لمس جسدها وملابسها والصابون والمساحيق التى تستخدمها ، إن هؤلاء الأطفال ممنوعون من السير قريباً من الصيدليات أو المستشفيات ، وممنوعون أيضاً من اللعب مع الأطفال الذين يعيشون فى أسر «مشكوك فيها» ، ومن دعوة أصدقائهم إلى منزلهم ، ولدى عودتهم من المدرسة يتعين عليهم أن يخلعوا ملابسهم ، وينفذون طقوس نظافة واغتسال معينة .

وامرأة أخرى لديها طقوس مراجعة ونظافة ، جعلت هذه الطقوس تسيطر على الحياة المنزلية لأسرتها ، فكانت تجبر أطفالها الصغار على خلع ملابسهم فى أوقات وأماكن معينة ، وكان ذلك يتم فقط عندما كانت تجلس على مقعد معين أسفل الدرج ، وكانت غرفهم قذرة وغير مرتبة ، حيث كانت لا تستطيع أن تلمس معظم محتوياتها . وفى أسر أخرى فقد اضطربت الحياة المدرسية للأطفال نتيجة الانتقال المتكرر من المنزل وتغييره ، والذى أملته المخاوف الوسواسية القهرية .

إن معظم أطفال مضطربى الوسواس القهرى الذين ينشأون فى مثل هذه البيئات الشاذة لا توجد لديهم هم أنفسهم مشكلات واضحة ، وذلك يُعْزَى إلى طاقاتهم التكيفية . وإن الخوف من نقل المشكلة إلى الأطفال يؤدي ببعض الآباء إلى طلب المساعدة . ويطور بعض الأطفال ملامح وسواسية قهرية خلال مرض والديهم أو بعد ذلك بكثير ، وقد يشبه الاضطراب لديهم اضطراب والديهم أو قد يكون مختلفاً تماماً . ففى أسرة واحدة كانت الأم وبنتاها ينمن معاً فى السرير نفسه . وقد طور الثلاثة جميعاً طقوس اغتسال متشابهة معتمدة على الخوف من القذارة ، في حين أن الوالد والابن كانا ينامان معاً فى سرير آخر ، ولم يطور أيّ منهما أيَّ طقوس (Ibid) .

استجابة الأقارب

بعض الأقارب - ببساطة - لا يذعنون إلى طلب المرضى أن يشاركوهم طقوسهم ، فى حين يذعن آخرون ظناً منهم أن ذلك سوف يساعد المريض ، ومع ذلك فإن بعض الأقارب يمكن أن يحتجوا ، ولكن اضطهاد المريض وظلمه لهم يجعلهم يخضعون خضوع

المتذمر المغلوب على أمره ، نتيجة لما يواجهه الأقارب من سورات الغضب والصيحات والإساءة البدنية من المريض بعد رفض الأقارب الاستجابة لطلباته . وفى كثير من الأسر تستمر المعركة الغاضبة سنين عددا ، وبعض الأقارب يفيض بهم الكيل ويغادرون المكان . ويبدأ بعض الأشخاص فى مشاركة مريض الوسواس القهرى معتقداته ، ويتواطأ معه - بسعادة - فى كل ما يفعله ، ولكن من النادر أن يصل ذلك إلى نقطة «الجنون المزدوج» .

ويصبح الأقارب فى مأزق أو ورطة فى مواجهة الطلبات الشاذة لمريض الوسواس القهرى ، ذلك أن الاستسلام والإذعان لهم يؤدى إلى زيادة طلباتهم وإلى وقف النشاطات السوية لأى فرد في المنزل وتعجيزه . وتصبح المعضلة مؤلمة بوجه خاص إذا كان رفض الأسرة المشاركة فى الطقوس مؤدياً إلى أن يغادر مريض الوسواس القهرى المنزل للهرب من التلوث ، وحتى يمارس طقوسه إلى الحد الذى يرضى هو عنه .

والحقيقة أن الرفض الحازم - ولكن بطريقة رقيقة - للانصياع لطقوس الوسواسى أفضل على المدى الطويل ، وذلك على الرغم من الاضطراب الذى يمكن أن يسببه ذلك فى البداية . وما لم يفعل المخالطون للمريض (أقاربه) فقط ما يعدونه سوياً وطبيعياً دون أن يُكرهوا على الإذعان والخضوع للمطالب غير المعقولة فإن الطقوس التى يقوم بها المريض يمكن أن تنتشر بشدة فى أى مجال اجتماعي متاح لها . وباستخدام المبادئ العلاجية للتعرض ومنع الاستجابة (انظر الفصل الثالث عشر) يمكن أن يصبح المخالطون معالجين فاعلين ، ولكنهم يحتاجون إلى الدعم والمساندة فى هذا الدور الدقيق (Marks, 1987, p. 437) . وبدلا من التواطؤ مع المريض ومشاركته أعراضه يكون للأهل دور فى شفائه وخلاصه من هذه الأعراض .

ملخص

لاضطراب الوسواس القهري آثار في المريض وأسرته ، فأما آثاره في المريض فتتجسد في جوانب عدة ؛ منها الجهد الذي يبذلونه لإخفاء أفعالهم الطقوسية وأفكارهم الوسواسية ، فيلجأون إلى تصنع السواء بحصر قيامهم بالطقوس القهرية في ساعات

حياتهم الخصوصية ، وتفادي المواقف الاجتماعية التي قد تكشف عن أفعالهم القهرية . وقد يكون تكتم الأعراض والقيام بالطقوس بعيداً عن الناس مهمة شاقة .

وعندما تنكشف أعراض الاضطراب بالنسبة للقرين (الزوج أو الزوجة) فإنها تسبب لهم قلقاً وغيظاً شديدين ، وقد يصاحبها مشاعر الذنب لدى تأكدهم من أن المريض لا يستطيع أن يتوقف عن القيام بطقوسه . ويهيئ ذلك لمزيد من تدهور العلاقات الشخصية ، وانخفاض لنوعية الحياة ، وإعاقة في وظائفهم الاجتماعية والأسرية وتوافقهم ، وقد يؤدي إلى الطلاق .

ومن الممكن أن تتدخل أعراض المريض وقيامه بطقوسه القهرية في حسن أدائه لعمله في مهنته ، أو تأخره الدائم عن مواعيد الحضور إلى مكان عمله ، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى الاستغناء عنه ، بما يترتب على البطالة من آثار سيئة في الفرد والأسرة والمجتمع .

ويزداد الأمر تعقيداً عندما يطلب مرضى الوسواس القهري من أفراد أسرهم الاندماج في الطقوس التي يقومون بها أو يجعلون أفراد الأسرة يراقبونهم للتأكد من أن المريض قد قام بطقوسه بشكل سليم .

ومن الممكن أن يتأثر الأطفال بوضوح من السلوك الوسواسي القهري لآبائهم ، نتيجة تقييد آبائهم تحركاتهم خوفاً عليهم ، ويمكن أن يؤدي الانتقال المتكرر من المسكن للبعد عن التلوث مثلا إلى مشكلات دراسية للأبناء .

* * *

الفصل العاشر

الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

تمهيد :

يحدث في اضطراب الوسواس القهري - بشكل متكرر - تجنب للمواقف التي تشتمل على مضمون الوساوس ، مثل القذارة والتلوث ، فإن الفرد الذي يعانى من وساوس متصلة بالقذارة يمكن أن يتجنب دورات المياه العامة ، ويتجنب التصافح باليد مع الغرباء . ويشيع في هذا الاضطراب الانشغالات المتصلة بتوهم المرض ، مع زيارات متكررة للأطباء بحثاً عن الطمأنة وإعادة الطمأنة . وقد يعاني هؤلاء المرضى من الذنب Guilt ، وهو شعور مرضى بالمسؤولية ، وقد توجد لديهم اضطرابات النوم ، ويمكن أن يتسم هؤلاء المرضى بالاستخدام المفرط للخمر أو العقاقير المهدئة أو المنومة أو المخفضة للقلق . وقد يصبح تنفيذ الأفعال القهرية نشاطاً أساسياً في حياة مثل هؤلاء الأفراد ، مؤدياً إلى عجز خطر في النواحي الزواجية أو المهنية أو الاجتماعية . وقد يجعل التجنب الشامل ، الفرد ، مقيداً في منزله لا يود مغادرته (APA, 1994,p.491) .

الاضطرابات المصاحبة

من الشائع لدى المرضى باضطراب الوسواس القهري أن يمروا بخبرة الإصابة بالقلق العام الشديد ، والمخاوف المرضية ، ونوبات الهلع المتكررة ، والتجنب المعوق ، والاكتئاب الأساسي . وتحدث جميعها - بشكل تلقائي - مرتبطة بأعراض الوسواس القهري .

ويختلف اضطراب الوسواس القهري عن بقية أنواع اضطرابات القلق في أن الأخيرة يكون فيها الحادث الخطر عادة موضوعاً أو موقفاً خارجياً ، أو على الأقل ذكرى معينة ، في حين أن الحادث الخطر في اضطراب الوسواس القهري عبارة عن فكرة أو صورة متخيلة أو دفعة إلى فعل أمر ما . ولكن مريض الوسواس القهري يحاول أن يتجنب هذه

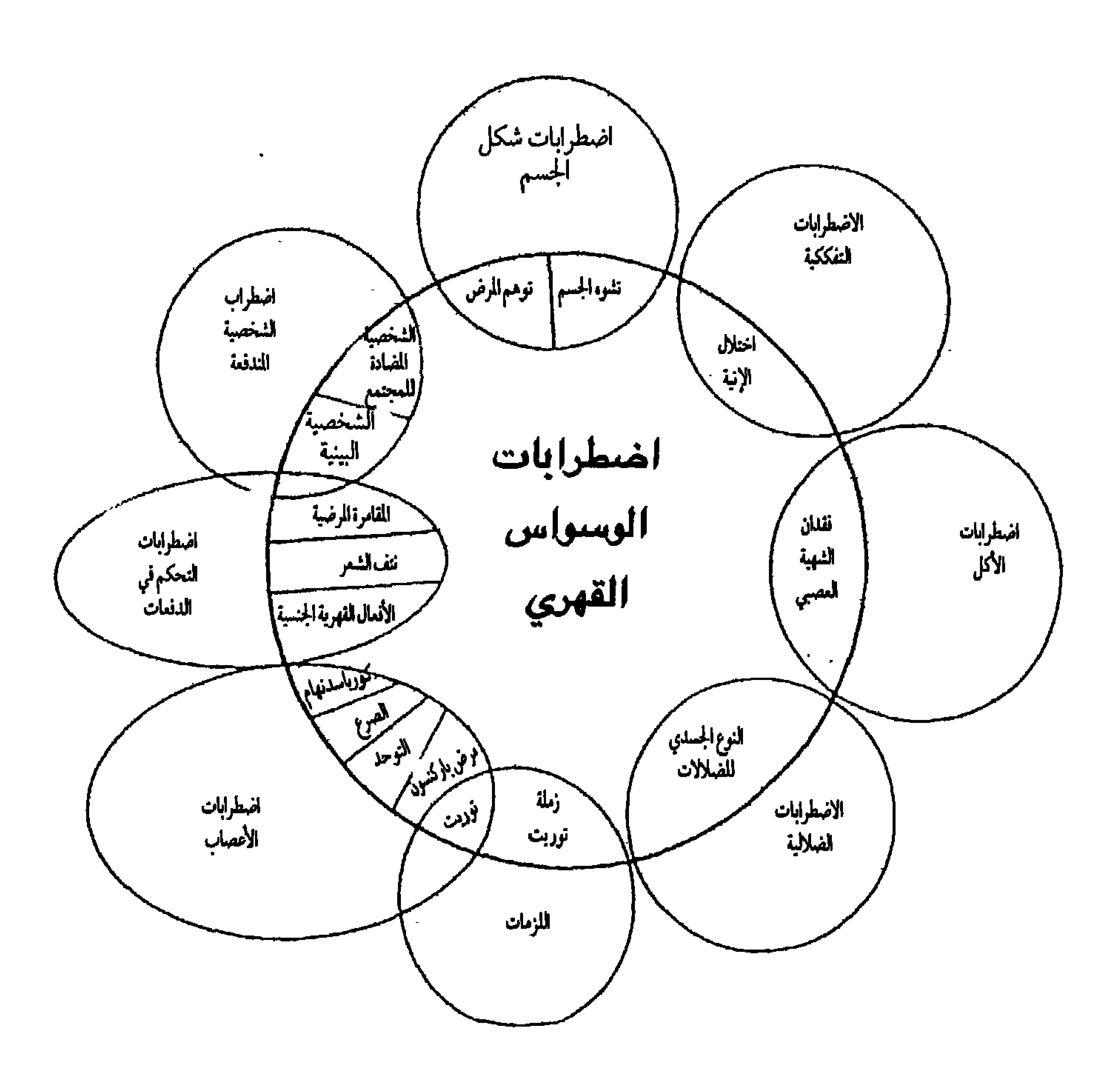
الأفكار أو الصور المتخيلة أو الاندفاعات تماماً كما يحاول مريض الخوف الشاذ أن يتجنب الثعابين مثلا .

ألم يحدث أن قال لك شخص ما : لا تفكر في الفيلة الحمراء ؟ وإذا ركزت انتباهك في الحقيقة على عدم التفكير في الفيلة الحمراء مستخدماً كل وسيلة عقلية ممكنة ، عندئذ فإنك سوف توقن كم هو صعب أن تقمع فكرة أو صورة تخيلية ، إن الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري يحاربون هذه المعركة طوال اليوم ، وكل يوم ، وأحيانا طوال حياتهم تقريبا (Barlow & Durand, 1995, p.195) .

وتعد الوساوس والقهر شرطاً ضروريا في اضطراب الوسواس القهري ، ومع ذلك فإن التفكير الوسواسي والطقوس القهرية يمكن أن توجد أيضا في اضطرابات أخرى . ومن ثم ظهر مصطلح «الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري» Obsessive - compulsive related disorders (Hollander, 1993) (انظر شكل ٨) . ويندرج هذا المصطلح تحت المصطلح الأشمل وهو : المرضية المشتركة Comorbidity ، وتعنى حدوث أو وجود أكثر من مرض واحد في الوقت نفسه ولدى الفرد ذاته . . . وتتاح أدلة على وجود المرضية المشتركة في عدد من الاضطرابات والأمراض ومنها : الاكتئاب ، والإدمان على الكحول ، واضطراب نقص الانتباه وزيادة الحركة ، وصعوبات التعلم ، واضطرابات النمو الشاملة ، وزملة توريت ، واضطراب الهلع ، والخوف من الأماكن الواسعة ، وكذلك اضطراب الوسواس القهري (Campbell, 1996, p. 139) . ويبين جدول (٣١) أهم هذه الاضطرابات (.Op. Cit) .

جدول (٣١) : أهم الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

اضطراب تشوه الجسم	زملة «توريت»
اضطراب اختلال الإنية	الأفعال القهرية الجنسية
فقدان الشهية العصبي	المقامرة المرضية القهرية
توهم المرض	اضطرابات الشخصية القهرية
هوس نتف الشعر	اضطراب الضلالات



شكل (٨) : أهم الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

ويبين جدول (٣٢) أهم هذه الاضطرابات تبعاً لدراسة واقعية ، ويتضح من هذا الجدول أن اضطراب الوسواس القهري تصاحبه على الأقل ثمانية اضطرابات بنسب متفاوتة .

جدول (٣٢) : الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهري تبعا لدراسة واقعية

التشخيص	حاليا (ن=١٠٠)	مقابلة شبه مقننة (ن=١٠٠)	قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصامية (ن=٦٠)
١- اضطراب الاكتئاب الأساسي	٣١٪	٦٧٪	٧٨٪
٢- المخاوف البسيطة	٧٪	٢٢٪	٢٨٪
٣- اضطراب قلق الانفصال	--	٢١٪	١٧٪
٤- المخاوف الاجتماعية	١١٪	١٨٪	٢٦٪
٥- اضطراب الأكل	٨٪	١٧٪	٨٪
٦- سوء استخدام الكحول	٨٪	١٤٪	١٦٪
٧- اضطراب الهلع	٦٪	١٢٪	١٥٪
٨- زملة «توريت»	٥٪	٧٪	٦٪

(انظر : Rasmussen, & Eisen, 1989)

ويبين جدول (٣٣) أهم الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهري تبعا لدراسة مصرية واقعية (Okasha, *et al.*, 1994) .

ونعرض فيما يلي لبعض الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري .

الوسواس القهري والقلق

إن السبب في تصنيف اضطراب الوسواس القهري بوصفه أحد اضطرابات القلق هو أن الوساوس مثيرة للقلق ، في حين أن السلوك القهري مخفض للقلق ولكنه لا يؤدي

جدول (٣٣) : الأمراض المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري
في عينة من المرضى المصريين (ن=٩٠)

التشخيص	الحدوث	
	العدد	٪*
١- اضطراب الاكتئاب الأساسي	٣٢	٣٥,٦
٢- اضطراب المخاوف الشاذة	٦	٦,٧
٣- اضطراب التحكم في الاندفاعات	٦	٦,٧
٤- اضطراب الأكل	٣	٣,٣
٥- اضطراب استخدام المواد المؤثرة نفسياً	٤	٤,٤
٦- اضطراب الهلع	٦	٦,٧
٧- اضطراب القلق المعمم	٣	٣,٣
٨- لا تشخيص طبياً نفسياً آخر	٣٠	٣٣,٣

* قربت النسب المئوية .
عن (Okasha, *et al* .,1989) .

إلى الشعور بالسرور (Hollander, 1993) . ما الدليل على أن القلق كامن خلف اضطراب الوسواس القهري؟ هناك ثلاثة أدلة كما يلي :

أولاً : إن حقيقة كون علاجيْ الغمر ومنع الاستجابة (انظر الفصل الثالث عشر) مفيدين في حالات الوسواس القهري تشير إلى أن هذا الاضطراب في أساسه اضطراب قلق ، حيث إنه من المعروف من تجارب المختبر أن الغمر ومنع الاستجابة طريقتان لإحداث الانطفاء أو التلاشي من الخوف أو القلق الشرطي . ويُستنتج من حقيقة أن الغمر ومنع الاستجابة مفيدان في هذا المجال أن الوسواسي يعاني من القلق ، ومن ثم فإن الأخير

يتلاشى أو ينطفئ نتيجة هذا العلاج .

ثانياً : هناك علاقة تكامل بين التفكير الوسواسي والفعل القهري ، إن مريض الوسواس القهري الذي يفكر مثلاً باستمرار في أنه ترك صنبور الغاز مفتوحا سوف يقوم بشكل قهري في مراجعة موقد الطهي . ومن المحتمل عندما نلاحظه ألا نراه قلقاً بوجه خاص ، ولكن ماذا يحدث عندما لا نسمح له بتنفيذ طقوس المراجعة التي يقوم بها عادة ؟ إن الوسواسى القهري في هذه الحالة يمكن أن يهزمه القلق ويتغلب عليه ، ويفكر في أن منزله سوف يحترق نتيجة لتسرب الغاز . ويشير ذلك إلى أن وظيفة الطقوس هي دفع القلق الكامن وصده . وباختصار فإن الأعراض القهرية عندما تنجح فإنها تمنع القلق من أن يخبره الفرد ويمر به .

ثالثاً : يشعر بعض مرضى الوسواس القهري فعلا ببعض القلق خلال الوسواس ، ولكن القلق ينتهي عندما ينفذون الفعل القهري ، فالمرأة المصابة بوسواس قهري من الألوان (انظر ص ٢٠٦) تشعر بأنها قد صدمت عندما ترى اللون البرتقالي ، ثم تشعر بأن قلقها قد توقف عندما تنظر إلى قطعة السجاد الأخضر (Rosenhan & Seligman, 1995,p.280) .

ومن المفترض كذلك أن القلق غير التكيفي هو المكون الأساسي في اضطراب الوسواس القهري ، كما أن القلق يعد القوة المحركة وراء أفكار الفرد وأفعاله . وقد افترض سابقاً أن الأفكار الوسواسية والطقوس القهرية تقوم بوظيفة تكيفية لأنها تشتت الفرد عن المصدر الأصلي للقلق . ولكن هذا الافتراض أصبح غير مقبول ، بسبب ما تأكد من أن الاضطراب يتدخل في حياة الفرد ، ويمكن أن يسبب له في الحقيقة قلقاً شديدا (Halgin & Whitbourne, 1993,p. 183) .

إن أصل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية محاولة للتحكم في القلق ، ليحتفظ الإنسان بعقله ممتلئاً تماماً بأفكار أخرى ويداه مشغولتان جدا بالنشاطات القهرية حتى لا يكون لدى الإنسان وقت كي يمعن النظر في أنواع القلق والمخاوف .

ويرى علماء النفس الوجوديون أن الناس يشغلون أنفسهم بالتفاصيل التافهة للحياة لأنه ترعبهم مواجهة المشاغل Concerns ذات الجذور العميقة في الوجود الإنساني كالموت والحرية والعزلة الوجودية ومغزى الحياة ومعناها (Carlson & Hatfield, 1992,p. 441) .
وتوجد لدى معظم مرضى الوسواس القهري درجة مرتفعة من القلق ، ويطور كثير منهم سلوكاً تجنبياً لا يمكن تمييزه عن ذلك السلوك الذي يشاهد لدى مرضى المخاوف الشاذة (Rasmussen & Tsuang, 1984) . وقد لاحظ عدد من الباحثين نسبة حدوث مرتفعة لأعراض الخوف الشاذ Phobia لدى مرضى الوسواس القهري ، كما لاحظ «بويد» وزملاؤه أن وجود أعراض أحد اضطرابات القلق يزيد من احتمال حدوث أعراض غيره من اضطرابات القلق . وقد كشف «تيرنر» وزملاؤه أن مرضى الوسواس القهري يستجيبون بطريقة مشابهة كبقية مرضى القلق لعدد من المقاييس النفسية .

وأوضحت دراسة «برير» وصحبه أن ١٧٪ من مرضى اضطراب الهلع Panic (وهو أحد تصنيفات القلق) يحققون أيضاً محكات اضطراب الوسواس القهري . ويفترض «تيرنر ، وبيدل» أن طبيعة اضطراب الوسواس القهري وبقية اضطرابات القلق متشابهة تماماً ، ويريان أن الخوف من الهلع الملاحظ في مرضى اضطراب الهلع يتطابق تماما مع الخوف من فقد السيطرة الذي يلاحظ على المرضى الوسواسيين ، كما أن نوبات القلق التي يمر بها ويجربها مرضى اضطراب الوسواس القهري مشابهة تماماً لنوبات الهلع أو نوبات الهلع المصغرة .

إن مرضى اضطراب الوسواس القهري يجترون أفكاراً بالنسبة لأجسادهم ومخاوفهم بما يشبه شبها كبيراً بقية مرضى القلق الآخرين . وفي كل من اضطراب الوسواس القهري واضطراب الهلع يبذل المريض محاولة من نوع معين ليعادل neutralize أو يمنع حدوث بعض الأحداث الكريهة إما بوساطة التجنب الإيجابي وإما السلبي . ويكشف ذلك عن تشابهات وظيفية كبيرة بين اضطرابي الوسواس القهري والهلع ، هذا فضلاً عن التشابه في الاستجابة للعلاج في النوعين من الاضطراب

باستخدام طرق متشابهة من العلاج ، كل ذلك جعل الباحثين يستمرون في بحث التشابهات والفروق بين اضطراب الوسواس القهري وبقية اضطرابات القلق وبخاصة اضطراب الهلع في كل من الأسباب والعلاج (Sturgis, 1993) .

ولنبحث المسألة بشكل تفصيلي أكثر : ما الذي يدفع مريض الوسواس القهري إلى مثل هذه الأفعال الغريبة كغسل التواليت عدداً من المرات يساوى مضاعفات الرقم ٣؟ بماذا يشعر عندما تستحوذ عليه فكرة وسواسية وينفذ طقوسه القهرية؟

إن الأفكار (المكون الوسواسي) مسببة للاضطراب الشديد ، ويعانى الفرد ضيقاً وكرباً داخلياً شديداً نتيجة لها ، وهناك عادة رد فعل معتدل للطوارئ ؛ يُشعر بنذر الشر والرعب ، فإذا نفذت الطقوس بشكل متكرر وسريع بما فيه الكفاية ، استجابة للأفكار ، فمن الممكن أن يقل القلق التالي لدى الفرد أو حتى يتفاداه . وهذا هو السبب في وضع الوسواس القهري في فئة اضطرابات القلق وبوجه أخص في الاضطراب المسبب للقلق والمحدث له .

ويجد الوسواسي طرقاً للتعامل مع قلقه ، وذلك عن طريق تنفيذ طقوسه القهرية ، ولكن إذا منعت طقوسه القهرية ، فإنه سيشعر في البداية بتوتر مشابه لما يمكن أن نشعر به إذا قام شخص ما بمنعنا من الرد على هاتف يدق . وإذا استمر العائق فإن الضيق أو الكرب يكتسحان عقل المريض ، هنا سيشعر الفرد بالقلق بطبيعة الحال . عندئذ يمكن تقليل الضيق لدى المريض فقط عند قيامه بالفعل القهري الذي به يعادل القلق ويجعله محايداً ، ذلك القلق الذي أثارته الأفكار الوسواسية والصور المتخيلة . انظر إلى الحالة التالية (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 269) :

حالة : وسواس الألوان والحرارة :

«سليمة» امرأة في منتصف العمر ، اشتكت من وسواس متصل بالألوان والحرارة ، وتقول هذه المريضة : «إن مشكلتي الأساسية هي الألوان ، إنني لا أستطيع أن أنظر إلى أي لون من الألوان الموجودة في النار : الأحمر ، والبرتقالي ، والوردي» .

وكانت «سليمة» تعتقد أن ألوان الأزرق والأخضر والبني والأبيض والرمادي ألوان محايدة، وكانت تستخدم هذه الألوان حتى تحايد وتعادل بها الألوان النارية، وتقول «سليمة» : «إذا حدث أن رأيت لوناً نارياً فيجب عليّ أن أنظر في الحال إلى لون آخر لإلغاء هذا اللون الناري، فيتعين عليّ أن أنظر إلى شجرة أو أزهار على الأرض . . . شيء بنى أو أبيض لجعل اللون الناري محايداً» . وقد اعتادت «سليمة» **أن تتجول ومعها قطعة صغيرة من بساط أخضر، وذلك حتى تحايد أو تعادل آثار أي لون ناري قد يحدث أن تراه أو تتخيله .**

ووصفت «سليمة» مشاعر الصدمة التي تسببها لها الصور المتخيلة للمنبهات الملونة (النارية) أو الساخنة كما يلي :

«إن الأمر يبدأ في عقلي، وعندما أنظر إلى اللون الناري أبدأ في الارتعاش، ويصبح جسمي كله ساخناً كما لو كنت في نار . ولا أستطيع أن أقف، ويتعين عليّ أن أجلس وإلا فإنني سوف أسقط على الأرض . وأشعر بأنني مريضة، وكل ما أستطيع أن أقوله هو أن هذه مشاعر صدمية، هذه هي الكلمة الوحيدة التي أقدر على التفكير فيها لوصف هذا الأمر . وإذا كان هذا اللون (الناري) هو آخر لون نظرت إليه قبل أن أذهب إلى السرير فإنني لن أنام طوال الليلة» . وتضيف «سليمة» :

«وأحاول أن أحارب هذا الأمر وأمنعه، وأذهب إلى السرير قائلة لنفسي : إن ذلك أمر سخيف، إنني أعرف أن ذلك لا يمكن أن يؤذيني جسدياً، ولكن ذلك يمكن أن يضرني عقلياً، وأضطجع هناك، ويغمرني شعور بالسخونة، وأبدأ في الارتعاش . وإذا حدث ذلك فيجب عليّ أن أنهض من السرير، وأرتدي ملابسي الكاملة مرة ثانية، وأبدأ محاولة ثانية كما لو كنت أذهب إلى السرير أول مرة . وكان يتعين عليّ أحياناً أن أفعل ذلك أربع مرات أو خمساً قبل أن أستغرق في النوم أخيراً» .

الوسواس القهري والاكتئاب

القلق موجود دائما في الوسواس القهري بطريقة ما ، ولكنه ليس العاطفة السلبية الوحيدة المرتبطة بالوسواس ، فإن الاكتئاب يحمل علاقة وثيقة به كذلك . وتظهر الوساوس والاكتئاب الإكلينيكي بشكل متكرر في الشخص الواحد . وفي الحقيقة فإن نسبة تتراوح بين ١٠٪ و ٣٥٪ من مرضى الاكتئاب يمكن أن يكون لديهم وساوس أيضا ، وخلال فترة إصابتهم بالاكتئاب فإن حدوث الوساوس يتضاعف بمقدار ثلاث مرات فوق المعدل قبل الاكتئاب وبعده . ولا يميل مرضى الاكتئاب إلى تطوير الوساوس فقط ، بل إن المرضى الوسواسيين مستهدفون أي : قابلون لتطوير الاكتئاب أيضا (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 269f) .

وكشفت دراسة مبكرة قام بها «روزنبيرج» أن الوسواسيين القهريين يتزايد حدوث الاكتئاب لديهم ، ولكن لهم معدلاً منخفضاً من محاولات الانتحار بالنسبة إلى مرضى القلق (Templer, 1972) . وفي دراسة أحدث اتضح أن مرضى اضطراب الوسواس القهري قابلون أو مستهدفون للإصابة بالاكتئاب ، ووجد «جيتيلسون» أن بعض مرضى اضطراب الوسواس القهري عندما يصبحون مكتئبين تتفاقم الأعراض الوسواسية لديهم ، في حين أن بعضهم الآخر يصبحون أقل وسواسية ، وقد ظهر أن المرضى المصابين بالاكتئاب مع الوساوس يتناقص احتمال محاولتهم الانتحار بمقدار ٦ , ٥ مرة بالنسبة لمرضى الاكتئاب دون الوساوس (Jenike, 1983) .

ولاحظ كثير من المؤلفين علاقة وثيقة بين الاكتئاب وأعراض الوسواس القهري ، وكشفت إحدى الدراسات أن هناك حدوثاً مشتركاً Joint occurrence لكلا النوعين من الأعراض لدى نسبة تتراوح بين ١٧٪ ، و٣٥٪ ، وبينت إحدى الدراسات أن ٩٥٪ من المرضى الوسواسيين القهريين لديهم قابلية لردود الفعل الاكتئابية (McCarthy & Foa, 1990) . ويورد «هولاندر» (Hollander, 1993) أن ٨٠٪ تقريباً من مرضى اضطراب الوسواس القهري لديهم اكتئاب ، ويحقق ٣٠٪ منهم المحكات التشخيصية .

واتضح أن مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يعانون أيضاً من الاضطراب الوجداني Affective disorder يكشفون عن زيادة في الأعراض الوسواسية الشديدة ، ولكن لم يحدث لديهم مزيد من الأعراض القهرية الشديدة بالمقارنة إلى مرضى الاضطراب الوجداني . ويبدو أن الاضطرابات الوجدانية ترتبط - بشكل انتقائي - بسوء حالة الوساوس (Ricciardi & McNally, 1995) .

وفي الأكثرية العظمى من الحالات فإن الأعراض الوسواسية تسبق تطور الأعراض الاكتئابية الواضحة ، وأظهرت دراسة «جودوين» وزملائه أن الاكتئاب الثانوى (الناجم عن اضطراب آخر) هو أكثر المضاعفات الشائعة لاضطراب الوسواس القهري (Rasmussen & Tsuang, 1984) . وقد لوحظ تطور الاكتئاب وحدوثه قبل بداية الأعراض الوسواسية وفي أثنائها وبعدها . ووجد «إنسل» وصحبه نسبة لا بأس بها من مرضى اضطراب الوسواس القهري لهم استجابة شاذة لاختبار قمع الديكساميثازون Dexamethasone Suppression Test ، ولهم فترة كمون قصيرة لحركات العين السريعة REM latencies ، وكلاهما مؤشران بيولوجيان للاكتئاب الداخلي .

وتشير هذه المكتشفات - فضلاً عن فاعلية عقار كلوميبرامين مع الوسواسيين - إلى افتراض قابلية وراثية لاضطراب الاكتئاب الأساسي لدى مرضى الوسواس القهري ، أو أن كثيراً من الوسواسيين لديهم في الحقيقة اضطرابات اكتئابية أولية مع ملامح وسواسية ثانوية (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

ولقد دفع انتشار الأعراض الاكتئابية في اضطراب الوسواس القهري بعض الباحثين (مثل «إنسل» وصحبه) إلى أن يقرروا أن اضطراب الوسواس القهري هو اضطراب وجداني أكثر منه اضطراب قلق . والبيانات التي تؤكد هذا الموقف تشير إلى أن اضطرابي القلق والاكتئاب يشتركان معاً بوصفهما عوامل مهيئة للوسواس القهري ، فضلاً عن معدلات الحدوث المرتفعة جداً للأعراض الاكتئابية لدى مرضى اضطراب

الوسـواس القهري .

ومن ناحية أخرى يرى آخرون أن العلاقة بين الوسواس القـهري والاكـتئاب سببها تطور الأعراض الاكتئابية لـدى المرضى بعد تطويرهم لاضطراب الوسواس القـهري ، فلم يجـد «ريكمـان» ، «وهـودجسـون» أي أعـراض اكـتـئـابيـة في بـداية أعـراض اضطراب الوسـواس القـهـري في ٥٥٪ من الحـالات ، وكـشـفت دراسـة «ولنار ، وهورروفـتـز» أن الوساوس تسبق الاكتئاب في ٣٨٪ من الحالات ، في حين يسبق الاكتئاب الوسواس في ١١٪ فقط من الحالات ، وتحتاج هذه المسألة إلى مزيد من الدراسات (Sturgis, 1993) .

وعلى الرغـم من أن العـلاقـة بين أعـراض الوسـواس الـقـهـري والاكـتـئـاب ثابـتـة في دراسات كثيرة ، وليست محل شك ، فإن طبيعة هذه العلاقة تظل غامضة ، فهل يُحدث الاكتئاب الأعراض الوسواسية ؟ وهل يصبح المرضى مكتئبين نتيجة للضيق والتقييد اللذين تفرضهما عليهم أعراض الوسواس القـهري؟ أو هل يرتبطان معاً من خلال متغير ثالث غير معروف؟

وقـد تم فـحص الفـرض الأول في دراسـات على مـضـادات الاكـتـئـاب ، وأهمـهـا الكلوميبرامين Clomipramine ، فإذا كان الاكتئاب يسبب أعراض الوسـواس القهـري فإن مضـادات الاكـتئاب يمكن أن تـخفض من أعـراض الوسـواس القـهري فـقط إذا كـانت تخفض من الاكـتئاب بادئ ذي بدء . ومن ناحـية أخرى فإذا كـان سبب الاكـتئاب هو الضيق الناتج عن أعراض الوسواس القهري ، عندئذ فإن التحسن في هذه الأعراض الناتج عن أي علاج سوف يؤدي إلى خفض الاكتئاب .

وافـتـرض «لوينسـون» وزمـلاؤه أن الحدوث المشـتـرك لأعـراض الـوسـواس القـهـري والاكتئاب قد يرجع إلى عـامل مشتـرك بينهمـا هو الاستجابية الزائدة Hyperreactivity ، وبرهنوا على أن المكتئبين يكشفون عن مزيد من الحساسـية للحوادث المنفـرة أو البغيضة بالمقارنة إلى الأسوياء . وقد لاحظ «إسحاق ماركس» لدى المرضى الوسواسيين فترات من الاكـتـئـاب ، يصـاحـبهـا زيادة في الوسـاوس والقـهـر(McCarthy & Foa, 1990) . مـوجـز

القول إن كل الدراسات تقريباً تثبت علاقة وثيقة بين اضطرابي الوسواس القهري والاكتئاب ، ولكن تفسير هذه العلاقة بشكل دقيق يظل في حاجة إلى مزيد من الدراسات . وليس من المعروف بعد إذا ما كان الاكتئاب ناتجا عن الوسواس القهري أو مصاحباً له .

الوسواس القهري واضطراب صورة الجسم

إن صورة الشخص عن جسمه وخبرته به يمكن أن تتخذ أشكالا عدة : سوية أو غير سوية ، ومن بين هذه الأشكال غير السوية - على سبيل المثال - أن ينشغل الفرد بمظهره انشغالا كبيرا ، وقد تكون خبرته بجسمه أو الإحساسات النابعة من داخل هذا الجسم متغيرة بطريقة ما . وتمثل هذه الخبرات محور أعراض اضطراب سوء شكل الجسم Body Dysmorphic Disorder (Hollander & Phillips, 1993) . وتتضح المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب من جدول (٣٤) .

جدول (٣٤) : المحكات التشخيصية لاضطراب سوء شكل الجسم

أ - الانشغال بنقص متخيل في مظهر الجسم ، وإذا كان هناك شذوذ جسمي بسيط فإن انشغال الفرد به وقلقه منه يكون زائداً بشكل واضح .

ب - يسبب هذا الانشغال ضيقاً وكرباً مرتفعين من الناحية الإكلينيكية ، أو إعاقة في الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرها .

جـ - لا يفسر هذا الانشغال ولا يستوعبه بطريقة جيدة اضطراب عقلي آخر (مثال ذلك عدم الرضا عن شكل الجسم وحجمه في فقدان الشهية العصبي) .

عن : (APA, 1994,p. 468) .

ويبين جدول (٣٥) بعض مناطق النقص العضوي تبعاً لإدراك المريض لها ، اعتماداً

على دراسة واقعية .

ومن الصفات المميزة والمشتركة بين مرضى اضطراب سوء شكل الجسم الانشغال الوسواسي بنقص جسمي متخيل ، يصاحبه سلوك قهري بالمراجعة . وإليك هذه الحالة التي تبين اضطراب سوء شكل الجسم .

حالة : «أنفي كبير ، خصيتي معلقة ، أردافي كبيرة» :

«معتز» شاب في الخامسة والعشرين من عمره ، غير متزوج ، أصابه هذا الاضطراب في البداية وهو طالب في المدرسة الثانوية ، وساءت حالته المرضية لدى دخوله الجامعة ، وكان «معتز» منشغلاً بشذوذ في عرض أنفه كما يدرك هو ذلك ، وكان يشعر أنه مجبر على أن يراجع مظهره في المرآة ، وعندما تؤكد المرآة هذا النقص كما يدركه فإنه يصبح مضطرباً جداً وقلقاً .

وكثيراً ما كان «معتز» يقوم بجعل وجهه في وضع متوتر في محاولة منه لجعل أنفه يبدو أصغر ، وأصبح غير مرحب بالتجمعات الاجتماعية ومقاوماً لحضور الفصول الدراسية نتيجة لوعيه الذاتي المتطرف بأنفه ، وكان «معتز» يعترف في بعض الأحيان أن عقله يقوم بألعاب وحيل خادعة ضده ، ولكنه - في أحيان أخرى - كان متأكداً أن هذا النقص أمر حقيقي . ونتيجة لهذا الانشغال الوسواسي بأنفه أصبح «معتز» زائد القلق والاكتئاب .

ونشأت لدى «معتز» أعراض الاكتئاب الأساسي المتعلقة بالجهاز العصبي ، وأخفقت هذه الأعـــراض في أن تستجيب للعلاج النفسي المعتمد على الاستبصار وللمحاولات العلاجية بعقار «إيميبرامين» ثم «فينيلزين» ، وأخيرا ألحق بالمستشفى وعولج بالصدمات الكهربية التشنجية ، فتحسن الاكتئاب ولكن دون حل لاضطراب سوء شكل الجسم .

وبعد خروج «معتز» من المستشفى عرض نفسه على جراح تجميل ، أجرى له جراحة تجميل لتصغير أنفه ، ونتج عن هذه العملية الجراحية ارتياح شديد لدى «معتز»

جدول (٣٥) : جوانب النقص العضوي كما يدركها المريض
باضطراب سوء شكل الجسم (ن = ٥٠ حالة)

مناطق النقص العضوي	عدد الحالات
منطقة الوجه	
الأنف	١٦
العينان	٨
الشعر	١٧
الجلد	١٣
الفم / الفك	٩
الوجه	١٧
الجسم	
حجم الجسم (ضخم)	١٠
حجم الجسم (ضئيل)	٢
الجسم بشكل عام	٧
اليدان / الذراعان	٧
الساقان	٩
الجذع	٥
ما يرتبط بالجنس	
القضيب / الخصيتان	٦
الثديان	٤
الأرداف	١
الذكورة/ الأنوثة	٤
متنوعات	
التناسق	١٥
الإفرازات	٣

(انظر : Hollander, *et al.*, 1993)

استمر مدة عامين . ولكنه بعد ذلك أصبح يركز على خصيته اليسرى ، فكان يشعر بإحساسات غير مريحة في هذه المنطقة ، وعندما قام بفحص نفسه أمام المرآة ، بدت له خصيته اليسرى معلقة في مستوى أعلى من الخصية اليمنى . وللمرة الثانية ذهب «معتز» إلى جراح ، أجرى له جراحة في خصيته اليسرى لتصحيح هذا النقص الذي كان يدركه المريض ، وكذلك لإصلاح تجمع سائل مصلي حول الخصية ، ونتج عن ذلك ارتياح شديد استمر مدة عام ونصف عام .

ومع ذلك فقد أصبح «معتز» مشغولاً مرة ثالثة بمظهره ، وهذه المرة كان انشغاله مركزاً على عجزه ، أي : ردفيه (مؤخرته) ، فعندما كان يلبس السروال الداخلي (اللباس التحتي) شعر باحتكاك ردفيه ، مما تسبب في ضيق شديد له . ونتيجة لإدراكه هذا النقص أو العيب في شكل ردفيه وما نتج عن ذلك من عدم الراحة الجسمية الناتجة عن لبسه السروال الداخلي فقد رفض «معتز» أن يشارك في التجمعات الاجتماعية .

وكان «معتز» يشعر براحة أكثر عندما يلبس السروال التحتي القصير أو البنطلون القصير (الشورت) وكان يراجع منظره دائماً في المرآة ، وأصبح مقتنعاً بأنه رأى ترسبات دهنية في ردفيه . واستشار «معتز» جراحاً للمرة الثالثة ، وأجرى له عملية امتصاص الدهون لسحب الترسبات الدهنية المتخيلة . وعندما قيل له إنه قد تحدث له كدمات وانتفاخات لمدة ستة أشهر بعد العملية ، فلم يصبح مشغولا بردفيه ، وأكمل دراسته الجامعية بنجاح . ولكن عندما انقضت ستة الأشهر واستمرت مشكلته مع ردفيه ، انتكست حالته مرة أخرى .

ثم تلقى «معتز» علاجاً بالعقاقير حسَّن أعراضه ومزاجه ، واستمر هذا التحسن مدة عام من التتبع (Hollander & Phillips, 1993) .

الجوانب التشخيصية :

هل اضطراب سوء شكل الجسم زملة مستقلة ؟

افترضت التقارير المبكرة أن اضطراب سوء شكل الجسم يمثل مجموعة مميزة من الأعراض لدى بعض المرضى الذين يطلبون إجراء جراحة التجميل لهم ، على أن بعض الدراسات الأخرى أشارت إلى أن الاقتناع المرضي بوجود جوانب شذوذ في الجسم يحدث في كثير من الاضطرابات ، ومنها اضطراب الوسواس القهري ، واضطرابات الشخصية ، والاضطرابات التي تتخذ شكلاً جسمياً ، والفصام ، والاضطرابات الوجدانية ، والأمراض العقلية العضوية .

ما الحدود الفاصلة بين اضطراب سوء شكل الجسم والانشغال السويّ بالمظهر؟

يشير بعض الدراسات المسحية الأمريكية على جمهور من طلاب الجامعة إلى أن ٧٠٪ منهم غير راضين عن جانب معين من أجسامهم ، وأن ٤٦٪ منشغلون بهذا الجانب من مظهرهم ، وأن ٤٨٪ يبالغون في إدراكهم لصورة جسمهم ، وأن ٢٨٪ يرون الجوانب الثلاثة جميعاً . ويبدو أن هذه الأعراض تحدث بتكرار أكبر لدى النساء . وتثير هذه النتائج تساؤلات عما إذا كان اضطراب سوء شكل الجسم تشخيصاً محدداً ؛ لأن هذه الأعراض تحدث لدى نسبة كبيرة من الناس وبخاصة النساء . ولكن هذا الانشغال بالمظهر الجسمي لا يرتبط بكرب أو ضيق أو إعاقة كما هو الحال في الحالات المرضية (انظر المحك ب في جدول ٣٤) .

العلاقة بين اضطراب سوء شكل الجسم واضطراب الوسواس القهري :

يعاني مرضى اضطراب سوء شكل الجسم من أفكار متكررة ومستمرة تتعلق بنقص يدركونه في أجسامهم ، ومع ذلك فإن بعض مرضى اضطراب سوء شكل الجسم لا يمرون بخبرة الأفكار المقتحمة والتافهة ، ولكن لديهم معتقدات يقدرونها أكثر من قدرها ، ويمثل ذلك مشكلة في علاقة هذين الاضطرابين . .

وتتساءل تقارير أحدث عن العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب سوء شكل الجسم اعتماداً على ملاحظة مفادها أن مرضى اضطراب سوء شكل الجسم يعانون

من أفكار يبالغون في تقديرها ، وليس من الوساوس التي يبالغ الفرد في تقدير قيمتها Overvalued ideas بأنها اعتقاد دون مسوغ موضوعي ، ولا يقاومها الفرد بطريقة نشطة ، ويختلف هذا الاعتقاد عن الضلالة Delusion التي تعرف بأنها ثابتة لا تتزعزع ، كما يختلف عن الوساوس التي تعد «غير مقبولة وتأتى من خارج الذات» Ego-dystonic ومقتحمة تطفلية ويقاومها الفرد . ومع ذلك فإن التأكد من الاعتقاد يمكن أن يوجد على شكل متصل في الاضطرابين : الوسواس القهري وسوء شكل الجسم ، وأن المرضى قد يكون لديهم وساوس أو أفكار يبالغون في تقديرها أو ضلالات حقيقية في مراحل مختلفة من مرضهم .

ويفترض مؤلفون آخرون أن الوسواس والقهر سمات مميزة لمرضى اضطراب سوء شكل الجسم ، ويبدو أن هذين الاضطرابين لهما خط سير مزمن ، كما أن لهما بداية في عمر مبكر (المراهقة وأوائل الرشد غالبا) .

والخلاصة أن اضطراب سوء شكل الجسم يشترك مع اضطراب الوسواس القهري في جوانب متشابهة كثيرة ، كما يرتبط اضطراب سوء شكل الجسم مع بعض حالات الجراحة التجميلية وفقدان الشهية العصبي والمخاوف الاجتماعية والاكتئاب (Hollander &Phillips, 1993) .

ومن ناحية أخرى برهن «إريك هولاندر» وصحبه (Hollander, Cohen, & Simeon, 1993) على ارتباط اضطرابى سوء شكل الجسم والوسواس القهري في عدد من الأبعاد أهمها : شكل الأعراض ، والأنماط المرضية المشتركة ، والتاريخ الأسرى ، والاستجابة المحتملة لمثبطات إعادة امتصاص السيروتونين .

الوسواس القهري وفقدان الشهية العصبي

فقدان الشهية العصبي Anorexia nervosa أحد اضطرابات الأكل Eating disorders ، يتصف المصابون به بأنهم يضعون لأنفسهم حدوداً غذائية وتقييدا لكمية

الطعام التي يتناولونها ، مع وجود أنماط شاذة في التعامل مع الطعام ، وفقد كبير للوزن ، وخوف شديد من البدانة ومن زيادة الوزن ، بالإضافة إلى اضطراب أساسي في صورة الجسم Body image عند هؤلاء المرضى (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ص ٢٢) . ويبين جدول (٣٦) محكات هذا الاضطراب .

جدول (٣٦) : المحكات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي

١- رفض الاحتفاظ بوزن الجسم في المعدل الطبيعي أو فوقه ، ذلك المعدل المتناسب مع العمر والطول .
٢- خوف عميق من أن يصبح الفرد بديناً ، حتى لو كان تحت المعدل الطبيعي في الوزن .
٣- اضطراب في إدراك وزن الجسم أو شكله ، بحيث يرى الفرد نفسه بديناً ، حتى عندما يكون أقل من الوزن الطبيعي ، أو إنكار خطورة الوزن المنخفض الحالي للجسم .
٤- يحدث (لدى الإناث) انقطاع ثلاث دورات حيض متتالية على الأقل .

عن : (APA, 1994, p. 544f) .

ويخفض معظم مرضى فقدان الشهية العصبي - بشكل واضح - من مقدار الطعام الذي يتناولونه في سعى وسواسي نحو النحافة ، وفضلاً عن ذلك فإن هؤلاء المرضى يكشفون عن جمود نمطي ، وطقوس قهرية ، ونزعة نحو الكمال ، مع الوسوسة والتدقيق الشديدين في التوافه والتفاصيل . انظر إلى الحالة التالية :

حالة : «فقدان شهية مع وسواس قهري» :

«فاتن» بنت في الثالثة عشرة من عمرها ، أحضرتها أمها إلى العيادة ، وكانت الأم مرتعدة مضطربة ، وذكرت أن ابنتها مشغولة بأفكار مفادها أنها بدينة جداً ، وصممت على أن تصبح رفيعة رشيقة ، وكان طول البنت ١٥٠ سم ، ووزنها ٤٥ كجم قبل بداية هذه التصرفات . وعلى الرغم من حقيقة أن وزنها الآن أصبح ٣٤ كجم فمازالت ترى نفسها بدينة جداً ، وترغب في أن تفقد مزيداً من الوزن .

وقد بدأت «فاتن» في نظام حمية منذ ستة أشهر قبل أول زيارة لها للعيادة ، وأصبحت تحصر نفسها في وجبة أو وجبتين نباتية ومنخفضة السعرات في اليوم ، حيث تأكلها ببطء شديد وفي عزلة عن الآخرين .

وعلى الرغم من هذا التقييد لكمية الطعام الذي تتناوله فقد أصبحت «فاتن» مشغولة وتسيطر عليها وساوس الطعام ، وكتب الطهي ، ووصف طريقة طبخ الطعام ، والطبخ فعلاً للآخرين . والواقع أنها كانت تحب أن تقرأ وصف طرق الطهي ، وتتجول في المخازن الكبيرة للطعام ، وتنظر إلى أصناف الطعام ، وفي الوقت نفسه تصف «فاتن» كيف تصاب برعب من الطعام ، وتخاف أحياناً من أن الأفعال التي لا تتضمن مواد الطعام مثل وضع الكريم على الجلد للترطيب يمكن أن تسبب لها زيادة في الوزن .

وتصف الأم المعارك المتصاعدة في البيت بينها هي وابنتها ، ليس بالنسبة للأكل وفقد الوزن فقط بل أيضاً فيما يختص تقريباً بأي قرار أو تفصيل طبيعي من تفاصيل الحياة ، وتصف ابنتها بأنها أصبحت مجادلة ومتصلبة بطريقة متزايدة . فعندما تريد شيئاً فإن ابنتها تزعجها وتغيظها بهذا الطلب حتى تعطيه الأم لها لمجرد أن تحقق بعض السلام والسكينة ، وفضلاً عن ذلك فقد أصبحت «فاتن» شديدة الانعزال عن أصدقائها ، وجادة بشكل متزايد ، مع رغبة قليلة في الضحك والدعابة .

وفي حين أن «فاتن» كانت دائماً تلميذة جيدة ، فقد أصبحت مجدة أكثر ، ومولعة بالدراسة ، وبالحصول على درجات مرتفعة ، وتعيد قراءة ما كلفت به من واجبات في المنزل حتى يصبح كاملاً . وذكرت الأم كذلك أن «فاتن» تقضي ساعات طويلة كل يوم تنظف المنزل أو غرفة نومها ، وكان كل شيء في غرفة نومها نظيفاً وفي ترتيب معين ، فكانت كل الملابس في خزانة ملابسها مرتبة تبعاً للون ، وكانت تقوم عادة بتمرينات رياضية تستغرق ساعة كل يوم ، كما كانت تمشي مسافة ميلين من المدرسة إلى المنزل ، ونادراً ما كانت تجلس ، وكانت تبدو في الحقيقة في حركة دائبة . وتصف الأم ابنتها بأنها «طفلة نموذجية» ، تفعل الأشياء بطريقة صحيحة ، ونادراً ما تثير المتاعب .

وعندما قوبلت الطفلة ظهر أنها غير مهتمة نسبياً بالسبب الذي جعل أمها تأتي بها إلى العيادة ، وذكرت «فاتن» : أنه ليس هناك أمر خطأ بالنسبة لي ، أنا فقط سمينة جداً ، وسوف أشعر بأنني أحسن إذا تخلصت من خمسة أرطال (٢,٢٥ كجم تقريباً) أخرى من وزني . وعندما سئلت عن تفسير لانشغال أمها عليها ذكرت الابنة أن أمها تغار من قدرتها على فقد الوزن ، وأن أمها «لا تقول الصدق عندما تذكر أنني نحيلة جداً» ، وقررت أنها تريد أن تصبح كاملة ، ولكنها تشعر بأنها ليست كاملة بما فيه الكفاية (Kaye, Weltzin, & Hsu, 1993 a) .

وقد افترض بعض الباحثين أن فقدان الشهية العصبي له علاقة ما بالسلوك الوسواسي القهري ، وفي هذا المجال فإن الطبيعة الوسواسية الكامنة في فقدان الشهية العصبي واضحة جلية ، مع قيام المريض بعد وسواسي للسعرات الحرارية ، والانشغال بالجسم ، واجترار موصول ومستمر عن الطعام .

وأجريت دراسات بدأت منذ أكثر من خمسين سنة مضت على أفراد يعانون من فقدان الشهية العصبي ، وكشفت أنهم يميلون إلى التصلب ، والنزعة إلى الكمال ، والوسواسية . وأثبت «دالي» أن ٨١٪ من ١٤٠ مريضاً بفقدان الشهية العصبي لديهم شخصيات وسواسية ، في حين كشفت دراسات أخرى عن نسب مئوية أقل كما يلي :٢٧٪ من مرضى فقدان الشهية لديهم شخصيات وسواسية قبل إصابتهم بالمرض ، وفي دراسة أخرى ظهر أن ٦٠٪ من مرضى فقدان الشهية لديهم شخصية وسواسية قبل مرضهم . وكشفت دراسة أخرى أن ٦٩٪ من مرضى فقدان الشهية العصبي لديهم اضطراب الوسواس القهري .

وجمع «روثينبرج» نتائج إحدى عشرة دراسة ، واستنتج منها أن أعراض الوسواس القهري تعد ثاني أكثر الأعراض انتشاراً (بعد الاكتئاب) في مرض فقدان الشهية العصبي . وتكشف نسبة من المرضى تتراوح بين ١١٪ ، و٨٣٪ عن ملامح وسواسية قهرية خلال فقدان الشهية العصبي الحاد أو بعد استعادة الوزن ، ويفترض هذا

المؤلف أن الاكتئاب الذي يشاهد في فقدان الشهية العصبي قد يكون ثانوياً للعلاقة الوثيقة بين فقدان الشهية والوسواس القهري أكثر من كونه يكشف عن علاقة أولية بين فقدان الشهية والاضطرابات الوجدانية ويأتي على صدرها الاكتئاب (Kaye, *et al.*, 1993a) .

ويؤكد «وولتر كاى» وصحبه (Kaye, *et al.*, 1993b) في دراسة أخرى العلاقة الوثيقة بين الوسواس القهري وفقدان الشهية العصبي ، فإن بعض أنواع السلوك القهري مثل غسل اليدين يمكن أن يكون موجوداً ، ويسوغ وضع تشخيص إضافي لمريض فقدان الشهية العصبي هو اضطراب الوسواس القهري .

حالة : فقدان الوزن :

«ناجى» فتى في الثامنة عشرة من عمره ، نحيل رفيع ، مظهره رياضي ، متخرج من المدرسة الثانوية ، يبدو متعباً ومهموماً ومتردداً في حديثه بشكل واضح . وقد أحضرته أمه وأخته إلى العيادة ، واعتماداً على ما قالتاه فإن «ناجى» لديه تاريخ من طقوس معينة ترجع إلى المدرسة الإعدادية أو المتوسطة ، فقد تذكرتا قيامه بلمس الباب بطريقة معينة عندما كان يقوم بغلقه ، وانشغاله بسلسلة من الطقوس في الحمام بما فيها غسل أسنانه وأخذ «الدش» .

على أن هذا السلوك القهري لم يكن شديداً حتى يؤثر تأثيراً كبيراً في حسن قيامه بوظائفه ، وفضلاً عن ذلك فإن «ناجى» وصف نفسه بأن لديه ميلاً مستمراً للبحث عن تزويد الآخرين له بالمعلومات ، وأن يقتدى بنماذجهم في تحديد أفعاله هو . كما قال أيضاً : إنه كان مشغولاً دائماً بزيادة وزنه (كان طوله ١٨٠سم ووزنه ٩٥ كجم) معظم حياته في الرشد ، ولكن محاولاته السابقة لفقد جزء من وزنه لم تكن ناجحة .

وكان والد «ناجى» قد مات بسرطان الرئة منذ خمسة أشهر خلت ، بعد ستة أسابيع فقط من تشخيص الورم الخبيث ، وبعد موت والده مباشرة أصبح «ناجى» حازماً وقاسياً جداً في سعيه نحو فقد الوزن . ومنذ ذلك الوقت فقد اتبع نظاماً دقيقاً جداً ومفصلاً : يستيقظ كل صباح مبكراً بما يمكنه من رؤية شروق الشمس ، ثم يتناول إفطاراً يتكون من

واحد آونس (٣١جراماً تقريباً) من الحبوب ، ونصف فنجان من اللبن منزوع الدسم ، وبيضة مسلوقة ، وفراولة أو عنب أسود .

وينتظر «ناجى» بعد ذلك فترة قصيرة من الزمن قبل أن ينتقل إلى غرفة الوزن ، حيث يقضي - من الاثنين إلى الجمعة - زهاء ساعتين يقوم خلالها بتنفيذ عملية «روتينية» متطابقة : الصعود على الميزان ، ما لم يكن هناك شخص آخر ، ويجعله ذلك يكسر «الروتين» الاعتيادى ، ويتبع نظاماً آخر . ويترك وجبة الغداء (وكان هذا اليوم استثناء لأن أمه أجبرته على تناوله) . ويتناول عشاءه ، ويتكون من «سندوتش» ، وستة آونسات (١٨٥جم تقريبا) من الزبادى ، وشاى مثلج ، وكان يأكل «السلطة» أحياناً ، ولكنه كان يقلق من الآثار السيئة الممكنة للمبيدات التي يمكن أن تستخدم مع الخضراوات .

وقد فقد «ناجى» ٣٤ كجم نتيجة لهذا النظام الغذائي طوال الشهور الماضية ، وذكر أن وزنه قد استقر على ٦٦ كجم طوال الأسبوعين الأخيرين . ويقول «ناجى» : إنه يفضل أن يكون وزنه ٦١ كجم ، وهذا الوزن مناسب لطوله ، ولكنه كان غير قادر على أن يأكل الأطعمة التي يمكن أن تسمح له بزيادة الوزن . وقد عبر عن اهتمامه في الآونة الأخيرة بأن يعمل عالماً بالغذائيات .

وقد ازدادت بدرجة واضحة طقوس أخرى أصبح «ناجى» يقوم بها منذ موت والده ، فأصبح الاغتسال واللبس والنظافة الآن تتضمن طقوساً ونظماً معقدة وجامدة ، ويصبح «ناجى» قلقاً جداً إذا حدثت مقاطعة أو إيقاف لهذا «الروتين» . وأصبح مشغولاً جداً بصحته الجسمية ، وكثيرا ما كان ينظر إلى مظهره في المرآة ويراجع ذلك مرات كثيرة . وكان لديه أيضاً «روتين» أو نظام اعتيادي يستغرق وقتاً طويلاً كل يوم ، يقوم فيه بمراجعة المرج أو الحديقة المخضرة خلف منزله . وبالإضافة إلى ذلك كان «ناجى» غير حاسم ، متردداً جداً ، ويبحث عن الطمأنة والنصيحة من أفراد أسرته قبل أن يقوم بمجرد الأفعال البسيطة كاختيار الملابس التي يلبسها .

إن ارتباط اضطراب الأكل مع اضطراب الوسواس القهري أمر شائع إلى حد ما ،

فكثير من المرضى باضطرابات الأكل الأولية - ويخاصة فقدان الشهية العصبي - لديهم وساوس عن الطعام وما يصاحب ذلك من طقوس قهرية متعلقة بالأكل ، وفي نسبة لا بأس بها من الحالات - بالإضافة إلى ذلك - فإن المرضى باضطرابات الأكل لديهم أيضا اضطراب الوسواس القهري . وتورد التقارير أن المرضى باضطراب الوسواس القهري الأولى لديهم اضطرابات الأكل حالياً أو في الماضي ، فظهر من إحدى الدراسات أن ١١٪ من النساء المصابات باضطراب الوسواس القهري قررن أن لديهن تاريخاً من اضطراب فقدان الشهية العصبي .

ولكن اضطراب الوسواس القهري وحده يبدو أنه التشخيص السليم ، فلدى «ناجى» طقوس قهرية ترجع إلى الطفولة ، وتعد جهوده الواسعة أخيراً لفقد الوزن جزءاً لا يتجزأ من المدى الواسع للأعراض الوسواسية والقهرية المتفاقمة . ومن الأهمية بمكان أن نشير في هذا الخصوص إلى أن موت والد «ناجى» يبدو أنه عَمل عَملَ الضاغط الذي أدى إلى أن تلتحم الأعراض والعلامات الوسواسية القهريَة المتناثرة معاً مكونة هذا الاضطراب .

ولم يتحقق المحك «جـ» في اضطراب الوسواس القهري تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع في حالة «ناجى» قبل وفاة والده ؛ لأن كلاً من الوساوس والقهر لم تكن مسببة للكرب أو الضيق بشكل واضح ، كما لم تكن مستهلكة للوقت بدرجة تكفي للتدخل في حياته بصورة كبيرة . وفيما يختص بمشكلة الأكل لديه ، فحيث إن «ناجى» لم يفقد وزناً كافياً ليعد حالة فقدان شهية عصبي ، ولأنه لم يحدث لديه «حفلات أكل وشره» Binge eating ، فليس هناك مسوِّغ لوضع تشخيص ثانوي لاضطراب الأكل (Greist & Jefferson, 1995,pp.25-27) .

وتؤكد نتائج كثير من الدراسات أن الوساوس والقهر من السمات والأعراض المتأصلة في شخصية مرضى فقدان الشهية العصبي ، وقد خلص بعض الباحثين - في وقت مبكر - إلى تسمية فقدان الشهية العصبي بوصفه شكلاً من أشكال العصاب (أي اضطراب نفسي) والمقصود : الوسواس القهري . وقد اتفق معهم «دي بوا» Dubois ،

ولكنه أعاد تسمية المرض على أنه : «العصاب القهري المصاحب للهزال» Compulsion neurosis with cachexia (Dally, 1969,p.13) .

وسمى «بالمر ، وجونز» مرض فقدان الشهية العصبي بأنه عصاب قهري ذو نمط مثبت على فقدان الشهية (القيء) . واستخلص «روتنبيرج» أن فقدان الشهية لدى النساء في الحضارة الغربية هو الزملة الحديثة للوسواس القهري . ولاحظ آخرون أن السمات الشخصية الوسواسية قبل المرض ممثلة بشكل كبير لدى مرضى فقدان الشهية العصبي . وعلى الرغم من الرابطة الوثيقة بين فقدان الشهية واضطراب الوسواس القهري فمن السابق لأوانه أن نعد فقدان الشهية شكلاً من أشكال الوسواس القهري (Alexander - Mott, 1994,p. 112) .

وقد دلت دراسة عربية أجريت على عينة من طالبات الجامعة أن الارتباط جوهري إحصائياً (قدره ٢٠١ , ٠) بين فقدان الشهية العصبي والوسواس القهري (أحمد عبد الخالق ، ومايسة النيال ، ١٩٩١) .

ولكن ما تفسير العلاقة بين فقدان الشهية العصبي والوسواس القهري ؟ الإجابة عن ذلك أن من بين معاني الوسواس سيطرة فكرة معينة على عقل المريض ، وطغيانها على كثير من جوانب سلوكه ، واستحواذها على قدر كبير من اهتمامه . والفكرة الوسواسية المسيطرة في حالة فقدان الشهية العصبي هي إنقاص الوزن ، فيحاول المريض أن يزيد من نحافته ، وينقص وزنه كلما استطاع إلى ذلك سبيلاً ، ومهما كانت العاقبة والمآل .

ويشعر المريض في أحيان كثيرة بخطأ هذه الفكرة ، وقد يتأكد من تفاهتها وضررها بالنسبة له ، ولكنه لا يستطيع التخلص منها أو الفرار من سطوتها أو الفكاك من طغيانها . ويختلط ذلك بالتأكيد ويتفاعل مع اختلال صورة الجسم لدى بعض المرضى ؛ إذ يرون جسمهم بديناً وهو بريء من ذلك براءة الذئب من دم ابن يعقوب ، وهذه قد تكون علامة وسواسية أخرى .

فيدخل المريض في دائرة مغلقة لا يدري أين طرفاها ، وقد تتخذ الدائرة المغلقة مثل

هذا السياق :

- فكرة وسواسية مسيطرة تهيب به أن ينقص من وزنه لتحقيق الرشاقة .
- تأكد المريض من تفاهة هذه الفكرة أو عدم أحقيتها .
- عجزه عن التخلص من استحواذ هذه الفكرة عليه .
- شعوره بقلق شديد إذا لم ينفذ ما تأمره به .
- الانصياع لهذه الفكرة طوعاً أو كرهاً .
- مزيد من سيطرة هذه الفكرة ومزيد من إنقاص الوزن (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ص ص ١٠٧-١٠٨) .

الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبي

كما أثبت عدد من الدراسات ارتباطاً بين الوسواس القهري وفقدان الشهية العصبي ، فقد برهنت بعض الدراسات - ولكنها أقل بالتأكيد - على وجود علاقة بين الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبي Bulimia nervosa . وقد قررت إحدى الدراسات أن ٣٣٪ من ٥١ مريضاً بزيادة الشهية العصبى يحققون المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في وقت ما من حياتهم (Templer , *et al.* ,p. 165) .

فقد درست «فورميا ، وبيرنس» (Formea & Burns, 1995) العلاقة بين اضطرابي زيادة الشهية العصبية (الشراهة) والوسواس القهري ، فطبقت قائمة «بادوا» للوسواس القهري واختبار الشراهة المعدل على ٩٨١ أنثى ، و٧٢٢ ذكراً من طلاب الجامعة ، واستخرجت ارتباطات دالة إحصائياً بين الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبية ، وكان الارتباط متساوياً بين الجنسين ، كما كانت أعراض زيادة الشهية أيضاً ذات علاقة أقوى بالوساوس أكثر من القهر . وحقق ٢٦٪ من الإناث اللاتى قوبلن مقابلة شخصية المحكات التشخيصية لزيادة الشهية العصبي وكذلك محكات اضطراب الوسواس القهري ، في حين حقق رجل واحد من الذين قوبلوا مقابلة شخصية محكات كل من الاضطرابين .

الوسواس القهري وتوهم المرض

توهم المرض Hypochondriasis اضطراب يتسم بوساوس لدى الفرد بأنه مريض ، وسلوك قهري يدفع الفرد إلى المراجعة مع الآخرين سواء أكان ذلك للتشخيص والعلاج أم لطمأنة الفرد بأنه ليس مريضا . ويبين جدول (٣٧) المحكات التشخيصية لاضطراب توهم المرض كما ورد في الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع (APA, 1994,p. 465) .

جدول (٣٧) : المحكات التشخيصية لاضطراب توهم المرض

أ- الانشغال بمخاوف أو أفكار تتعلق بأن الشخص لديه مرض خطر ، اعتماداً على سوء تفسير الشخص للأعراض الجسمية .

ب- استمرار الانشغال ودوامه على الرغم من الفحص الطبي المناسب والطمأنة .

جـ- الاعتقاد في المحك «أ» (أعلاه) لا تكون له شدة ضلالية (كما في الاضطراب الضلالي - من النوع الجسمي) ، وليس مقصوراً على الانشغال المحدود بالمظهر الجسمي (كما في اضطراب سوء شكل الجسم) .

د- يسبب الانشغال ضيقاً إكلينيكياً شديداً أو إعاقة في الجوانب الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الوظائف المهمة .

هـ- يدوم الاضطراب ستة أشهر على الأقل .

و- لا يفسر هذا الانشغال ولا يستوعبه بطريقة جيدة أي من الاضطرابات الآتية : اضطراب القلق العام ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب الهلع ، وفترة اكتئابية أساسية ، وقلق الانفصال ، وغير ذلك من الاضطرابات ذات الطابع الجسمي .

وإليك هذه الحالة التي تجسد اضطراب توهم المرض .

حالة «رجل متوهم للمرض» :

السيد «هانى» مدرس في الثالثة والثلاثين من عمره ، ولديه تاريخ يبلغ عشر سنوات من الأفكار المقتحمة المتطفلة المتعلقة بالمرض . إن كلمات «السرطان» و«الأزمة القلبية» تدخل عقله معظم اليوم ، وتؤدى به إلى قلق عميق على صحته ، ويحاول أن يجعل هذه الأفكار محايدة بوسيلة عقلية للتحايل فيستبدل بكلمة «سرطان» Cancer ؛ «لا أستطيع يا سيدى» Can't sir ، وبكلمتي «أزمة قلبية» Heart attack كلمات «قلب من ذهب» Heart of gold .

وكان يخاف أحياناً من أشخاص مرضى ، في حين لا يكونون مرضى ، أو يخاف من أنه سوف يُعْدي الآخرين بمرضه ، وعندما لا يستطيع السيد «هاني» أن يجعل هذه الأفكار محايدة أو عندما تقوده إحساساته الجسمية إلى مزيد من الانشغال العميق كان يراجع طبيبه من أجل طمأنته ، كما كانت لديه أعراض مرتبطة بهذا الاضطراب وهى : النزعة إلى الكمال ، والتسويف أو المماطلة ، والشكوك الوسواسية ، وجمع الأشياء والاحتفاظ بها .

ويتضح توهم المرض كذلك من هذه الحالة :

حالة «فتاة تتوهم المرض» :

«منال» فتاة في الثامنة والعشرين من عمرها ، تدرس القانون ، لديها تاريخ يصل إلى ثلاث سنوات من الخوف من أنها قد تكون مصابة بمرض نقص المناعة المكتسب «الإيدز» ، وكان أي عرض جسمي تصاب به يثير هذا الخوف ، فكان التهاب الحلق يؤدى بها مثلاً إلى أن تتساءل : «أهذا هو البكتير العنقودي أم الإيدز؟» .

وتقرر هذه الفتاة - طواعية - أن أسلوب حياتها لا يضعها مطلقا في خطر الإصابة بعدوى الإيدز ، ومع ذلك تستمر المخاوف وتدوم ، وكانت تتجنب الذهاب إلى طبيب الأسنان لخوفها من تلوث الأدوات الذي يمكن أن يصيبها بالإيدز . وعلى الرغم من

أن «منال» تقوم بالمراجعة مع خطيبها بشكل متكرر فإنها نادراً ما كانت تقوم بمراجعة الأطباء ، وقد يكون ذلك - جزئياً - لأنها تعرف أن مخاوفها غير معقولة ، وجزئياً لأنها تخشى أن أسوأ مخاوفها سوف تتأكد بوصفها حقيقــــة (انظر : Fallon, Rasmussen, & Liebowitz, 1993) .

وتحقق هاتين الحالتين المحكات التشخيصية الواردة في جدول (٣٧) والتي تسوغ تشخيص توهم المرض . ويشير بعض التقارير إلى أن نسبة تتراوح بين ٦٪ ، و١٠٪ من المرضى الذين يزورون الطبيب العام يحققون المحكات الكاملة لتوهم المرض (Ibid) .

العلاقة بين الوسواس القهري وتوهُّم المرض :

تتضمن وساوس التلوث لدى مرضى اضطراب الوسواس - بشكل متكرر - خوفاً من الميكروبات ، وتمتد هذه الوساوس أحياناً لتصبح خوفاً من أن يكون الشخص مريضاً . وقد لاحظ الباحثون المتخصصون في اضطراب الوسواس القهري أن الوساوس الجسمية والصحية شائعة ، وأوضح فحص ٥٤٤ مريضاً بالوسواس القهري أن ٢٨٪ منهم لديهم إما وساوس جسمية وإما خوف من أن يصبح الفرد مريضاً .

ولكن العلاقة بين الاضطرابين أكثر تعقيدا مما كان يعتقد ، وقد اتضح أن توهم المرض يشاهد منتشراً في أنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية الطبية مثل : الاكتئاب ، والهلع ، والاضطراب المتصل بالنواحي الجسمية ، واضطرابات الشخصية ، والقلق العام ، والاضطرابات الذهانية مما يشير إلى أن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات (Fallon, *et al.*, 1993) .

الوسواس القهري وهوس نتف الشعر

اضطراب هوس نتف الشعر Trichotillomania زملة أو مجموعة أعراض تتركز حول نتف الشعر بطريقة قهرية ، بحيث لا يستطيع المريض أن يقاوم الدفعات التي تجعله يقتلع الشعر أو ينتفه من فروة الرأس أو الحواجب أو الرموش أو أى منطقة أخرى من مناطق الجسم .

ويصف المرضى المصابون بهوس نتف الشعر حدوث دفعة شديدة ومغرقة لديهم لنتف شعر أو شعرات معينة ، وعندما يفعلون ذلك يهدأ القلق الناشئ لديهم بصورة وقتية ، ولكن سريعاً ما يحل محله دفعة قهرية أخرى وقلق أكبر . . . وهكذا .

وقد صنف هوس نتف الشعر - فيما مضى - تصنيفات شتى : بوصفه اضطراباً بسيطاً في العادات ، أو عرضاً ذهانياً ، أو صراعاً نفسياً دينامياً ، ولكنه أصبح الآن يصنف تبعاً للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين بوصفه اضطراباً في التحكم في الدفعات Disorder of impulse control (Swedo, 1994) . ويبين جدول (٣٨) المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب .

جدول (٣٨) : المحكات التشخيصية لهوس نتف الشعر

أ - نتف الشخص لشعره بشكل متكرر ، ينتج عنه فقد ملحوظ للشعر .
ب - إحساس متزايد بالتوتر قبل نتف الشعر مباشرة أو عندما يحاول الفرد مقاومة هذا السلوك .
جـ - شعور بالسرور والإشباع والراحة عند القيام بنتف الشعر .
د - لا يفسر هذا الاضطراب ولا يستوعبه بطريقة جيدة أي اضطراب عقلي آخر ، كما أنه لا يرجع إلى حالة طبية عامة (مثال ذلك حالة جلدية) .
هـ - يسبب الاضطراب ضيقاً إكلينيكياً شديداً أو إعاقة في الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرهما من المجالات المهمة .

عن : (APA, 1994, p. 621) .

وقد أشار بعض الدراسات إلى أن هوس نتف الشعر يمكن أن يصنف مع اضطراب الوسواس القهري عبر طائفة من الاضطرابات التي تشترك معاً في القهر المرضى . لقد ثار السؤال عما إذا كان اضطراب نتف الشعر جزءاً من الاضطرابات التي تقع في نطاق الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري أو لا ؟ والشائق أن هذا السؤال قد أثير في البداية

من المرضى أنفسهم ، فبعد برنامج تلفازي (٢٠/ ٢٠) بثته قناة ABC في مارس ١٩٨٧ عن الوسواس القهري ، طلب كثير من النساء عبر الهاتف أن يعالجن من سلوكهن القهري المتعلق بنتف الشعر ، وصممن على أن نتف الشعر هذا معوق ومسبب للكرب بالنسبة لهن ، مثله في ذلك مثل : سلوك المراجعة ، وجمع الأشياء غير المهمة ، وغسل اليدين . . . ، وغير ذلك من الأعراض التي رأينها في البرنامج التلفازي .

وأثارت هذه التعليقات عدداً من الفحوص التي أجريت بهدف بيان التشابهات والفروق بين اضطرابي نتف الشعر والوسواس القهري .

وعلى الرغم من عدم إتاحة دراسات وبائية عن اضطراب نتف الشعر فإن التقديرات تشير إلى معدل انتشار يبلغ ٢٪ بين الجمهور ، كما أن الفروق بين الجنسين غير معروفة ، مع أن الحالات التي تتقدم إلى العيادات من الإناث أساساً . ويعد نقص المعلومات عن هذا الاضطراب راجعاً إلى الطبيعة السرية المتكتمة لدى الأفراد المصابين به ، إذ تُقضى الساعات كل يوم في إخفاء هذه الحالة والتمويه عليها ، وفي حالات كثيرة قالت المريضة : إن زوجها لم يشعر بأنها صلعاء لأنها لم تكن معه قط من دون شعر مستعار (باروكة) !

وقرر كثير من المرضى أنهم كانوا يعتقدون أنهم الوحيدون المصابون بهذه الحالة ، وأنهم لم يبحثوا عن العلاج بسبب خوفهم من أن يُعتقد أنهم مرضى عقليون . ولا تختلف هذه «السرية» عما يشاهد في اضطراب الوسواس القهري منذ سنين عدة مضت ، وقد يعكس العقلية ذاتها : يعلم مرضى هوس نتف الشعر أن نتف الشعر أمر شاذ ، ومع ذلك لا يستطيعون التوقف (Swedo, 1993) .

المظاهر الإكلينيكية لاضطراب نتف الشعر :

يقضي مرضى نتف الشعر - في الحالات الشديدة - بضع ساعات كل يوم ينتفون فيها شعرهم أو يفكرون في نقطة ما ، ويكشف هؤلاء المرضى عن مساحات كبيرة صلعاء ذات شكل غير منتظم ، يتخللها شعر قليل وقصير ينمو من جديد . وفي الحالات الأقل شدة توجد لدى المرضى مساحات قليلة من الصلع أو النحول الذي لا يمكن إدراكه ينتشر في الرأس كله ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الرموش والحواجب وشعر الجسم وشعر العانة

يمكِن أن ينتفها المريض .

وكما يصف مرضى الوسواس القهري تماماً القلق الشامل المصاحب للدفعة القهرية التي تسبب الراحة الوقتية عند تنفيذ الطقوس ، فإن مرضى هوس نتف الشعر يصفون دفعة لا يمكن مقاومتها وقلقاً مصاحباً لها يتسبب في نتفهم لشعرة معينة ، بعد ذلك يحدد المريض الشعرة المختارة على أنها مختلفة عن الأخريات ، كأن تكون مفتلة مستقيمة ، هشة/ لينة . . . وهكذا ، وأن إزالتها أمر ضروري لجعل الشخص يشعر بأن «كل شيء على ما يرام» !

وعلى الرغم من أن هناك إحساساً محدداً بمعرفة أي شعرة معينة يبحث المريض عنها ، فإن كثيراً من الشعر ينتف حتى يحصل تماماً على الشعرة المقصودة . ويمكن أن تستخدم الملاقيط الصغيرة لاستخراج الشعرة كلها من جذورها ، ولكن المرضى نادراً ما يقررون شعورهم بالألم المرتبط بهذا .

وبعض المرضى يقومون «بالالتقاط» بشكل قهري في فروة الرأس بالإضافة إلى نتف الشعر ، وتنتج عن ذلك أضرار متعددة صدمية ومؤلمة لفروة الرأس ، وبعض المرضى يأكلون جذر الشعرة أو الشعرة كلها ، ولدى بعض المرضى طقوس متقنة تحيط بنتف الشعر ، في حين ينتف مرضى آخرون شعرة وراء شعرة في تتابع سريع دون تفكير غالباً ، ولذلك فقد يقضي المريض ساعتين لنتف عدد يتراوح بين ٢٠ و ٢٥ شعرة ، وقد ينتف العدد نفسه من الشعر في دقائق قليلة .

على العكس من القهر لدى مرضى الوسواس القهري فإن مرضى هوس نتف الشعر لا ينتفون شعرهم استجابة لفكرة وسواسية على أنها أذى يأتي إلى الشخص أو أحبائه ، ولكنهم ينتفون شعرهم فقط بسبب دفعة لا يمكن مقاومتها ويصاحبها قلق . وفضلا عن ذلك فإن مرضى الوسواس القهري لديهم دفعات قهرية تعد غير مقبولة لذواتهم Ego - dystonic ، في حين أن كثيراً من مرضى نتف الشعر يقررون أن نتف الشعر عملية سارة وممتعة . كما يختلف الاضطرابان في أن مرضى الوسواس القهري يغيرون من أعراضهم عبر الزمن (مثلاً : يتطور العد إلى تكرار ، ثم يترك الأخير مكانه

للاغتسال) ، في حين أن مرضى هوس نتف الشعر ينتفون فقط شعرهم ، ولا يستبدلون بهذا السلوك أي طقوس قهرية أخرى (Ibid) .

الاضطرابات المرتبطة بهوس نتف الشعر :

يرتبط اضطراب نتف الشعر - بنسب مختلفة - بكل من : الاضطراب النفسى ، واضطراب الشخصية ، والاكتئاب الأحادي ، واضطراب القلق العام ، والاضطراب الوجداني الثنائي ، وسوء استخدام المواد ذات الآثار النفسية ، واضطراب الهلع ، هذا فضلاً عن الوسواس القهري .

وأكثر الأدلة إقناعاً لوضع اضطراب نتف الشعر في طائفة الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري تتلخص في فاعلية عقار «كلومبرامين» (وهو مركب ثبت أنه مضاد للوساوس) لعلاج اضطراب نتف الشعر ، فقد ثبت أنه يحسن بعض حالات هوس نتف الشعر . ولكن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسة للوصول إلى برنامج يكف أعراض اضطراب نتف الشعر على المدى الطويل (Ibid) .

الوسواس القهري واضطراب «توريت»

اضطراب توريت Tourette`s disorder زملة تستمر طوال الحياة لدى المصاب بها ، وليس لهذا الاضطراب سبب معروف ، وتتضمن أعراض هذا الاضطراب اللزمات Tics الحركية والصوتية (حركات فجائية متكررة ، وإيماءات أو نطق يحاكى تماما بعض جوانب الخبرة السلوكية السوية) ، كما تحدث الوساوس والقهر في نسبة كبيرة من الحالات (أفكار فجائية متكررة ، وصور تخيلية أو دفعات للقيام بأفعال معينة تقتحم عقل المريض ومن الصعب مقاومتها) . أما الظواهر الحسية الحركية Sensorimotor التي تصاحب عادة اللزمات والسلوك الوسواسى القهري فهى ظواهر لم يتم تقديرها بطريقة جيدة . وتشمل هذه الخبرات مشاعر أو دفعات تحذيرية تهدأ وتسكن عند أداء المريض لهذه الأفعال ، مع حاجة إلى القيام باللزمات حتى يشعر المريض بأن كل شيء على ما يرام (Leckman, 1993) .

تاريخ دراسة اللزمات :

على الرغم من أن أعراض اللزمة قد لوحظت وأوردت منذ القدم فإن الدراسة المنظمة لها تعود فقط إلى القرن التاسع عشر بتقارير من «إيتارد» Itard عام ١٨٢٥ و«جيل دي لا توريت» Gilles de la Tourette ، والذي اتخذ الاضطراب اسمه ، فقد وصف في دراسته المأثورة (الكلاسيكية) عام ١٨٨٥ تسع حالات تعانى من اضطراب اللزمات ، تتسم بعدم التآزر الحركي أو اللزمات ، فضلاً عن صيحات غير مترابطة تصاحبها كلمات منطوقة ومتسقة وتحاكى كلام الآخرين Echolalia أو فاحشة بذيئة Coprolalia . وقد ألمح هذا التقرير أيضاً إلى جانبين هما : الارتباط بين اضطراب اللزمات ، وأعراض الوسواس القهري ، والطبيعة الوراثية لهذه الزملة (Leckman, 1993) .

والتصنيف الحالي لاضطراب اللزمات في الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع DSM-IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين يضعها ضمن الاضطرابات التي تشخص عادة في الطفولة أو المراهقة ، وتشمل اللزمات أربعة أقسام فرعية : اضطراب «توريت» ، واضطراب اللزمات الحركية أو اللفظية المزمن ، واضطراب اللزمات العابر ، واضطراب اللزمات غير المحدد في مكان آخر (APA,1994,pp.100-105) . ويبين جدول (٣٩) محكات الاضطراب .

وعلى الرغم من أنه كان يُعتقد فيما مضى أن اضطراب «توريت» حالة نادرة ، فإن الدراسات الوبائية الحديثة تشير إلى أن هناك نسبة تتراوح بين ١ , ٠٪ ، و٦ , ٠٪ من الأولاد يصيبهم هذا الاضطراب ، أما انتشار اضطراب «توريت» لدى البنات فهو أقل بدرجة كبيرة ، وربما يكون في مستوى من ٠١ , ٠٪ إلى ٠٦ , ٠٪ .

واضطراب «توريت» حالة أسرية ، إذ أكدت دراسات التوائم والأسر أن الاستعداد للإصابة به يتحدد وراثياً . كما تشير هذه الدراسات أيضاً إلى أن بعض حالات اضطراب الوسواس القهري يمكن أن تنشأ عن التهيؤ الوراثى الكامن ذاته كما في اضطراب

جدول (٣٩) : المحكات التشخيصية لاضطراب «توريت»

المحكات التشخيصية
أ- وجود كل من اللزمات الحركية المتعددة ، وواحدة أو أكثر من اللزمات الصوتية في وقت معين في أثناء المرض ، على الرغم من أنه ليس من الضروري أن توجد معاً . (اللزمة : حركة أو صوت فجائي وسريع ومتكرر وغير منتظم ويقع في قالب محدد) .
ب - تحدث اللزمات مرات كثيرة في اليوم (في نوبات عادة) ، وتحدث كل يوم تقريباً أو بصورة متقطعة خلال فترة تزيد على عام واحد ، وخلال هذه الفترة لا توجد مطلقاً فترة متحررة من هذه اللزمات خالية منها لأكثر من ثلاثة أشهر متعاقبة .
جـ - يسبب الاضطراب ضيقاً واضحاً أو إعاقة كبيرة في الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرها من المجالات المهمة .
د - تكون البداية قبل عمر ١٨ سنة .
هـ - لا يكون الاضطراب راجعاً إلى الآثار الفيزيولوجية المباشرة لتعاطي مادة ما (منبهة مثلا) أو نتيجة لحالة طبية عامة (مثل مرض «هنتنجتون» أو التهاب المخ التالي للعدوى الفيروسية) .

(APA,1994,p. 103) .

«توريت» . وتقدم النماذج الرياضية للانتقال الوراثي تأكيدا لهذا الاستنتاج .

وبينت دراسات التوائم الصنوية Monozygotic twins تدخل عوامل أخرى غير وراثية في اضطراب «توريت» مثل : حوادث قبل المولد ، والتعرض للضغط الشديد ، والمواد المنبهة للجهاز العصبي المركزي أو المواد المؤثرة نفسياً .

ويتاح عدد لا بأس به من الدراسات التي استخلصت أن العقد العصبية القاعدية Basal ganglia والتراكيب اللحائية والمهادية المرتبطة بها مسؤولة عن الأساس البيولوجي المرضي لكل من اضطراب «توريت» واضطراب الوسواس القهري (Leckman, 1993) .

اللزمات واضطراب «توريت» والوسواس القهري :

اللزمة Tic حركة أو إيماءة أو نطق صوت ما ، وتحدث بطريقة فجائية ومتكررة ، وكلها تحاكى أو تشبه بعض جوانب السلوك السوي ، وتكون عادة ذات دوام قصير ، فيندر أن تدوم اللزمة أكثر من ثانية واحدة ، وتميل إلى أن تحدث على شكل نوبات Bouts ، وأحياناً تشتد فجأة Paroxysm وبشكل مسرحي (درامي) ، ويمكن أن تحدث اللزمات بصورة فردية أو جماعية على شكل تجمع «أوركسترالى» ، وتختلف في شدتها وقوتها .

وعلى الرغم من أن كثيراً من اللزمات يمكن أن تكف أو تقمع بصورة وقتية فإن الفرد يخبرها ويجربها على أنها لا إرادية . وقد ترتبط اللزمات بدفعات جسمية حسية فيؤدي صدور اللزمة إلى تخفيفها وتهدئتها . واللزمات الحركية تختلف عن الحركات «الفجائية البتراء غير المتوقعة» Abrupt مثل رمش العين ، وارتجاج الركبة أو هز الكتف . كما تختلف اللزمات عن السلوك المركب الذي يبدو أن له غرضاً محدداً مثل تعبيرات الوجه وإيماءات الذراعين والرأس . ويمكن أن تكون هذه الحركات – في الحالات المتطرفة ـ فاحشة داعرة Obscene أو تسبب الأذى الشخصي مثل الضرب أو العض . ويمكن أن تتراوح اللزمات الصوتية أو اللفظية بين البسيطة كأصوات تسليك الحنجرة والنطق والكلام المبتذل ، ويوجد في الحالات الشديدة كلام فاحش قذر بذيء أو مبتذل Coprolalia .

ومن الصعب جداً أن نميز بين اللزمات الحركية المركبة والسلوك القهري ، كما أنه من الصعب تمييز الوعي الشعوري الكامن في الدفعات الجسمية الحسية عن الأفكار الوسواسية . ويبين جدول (٤٠) تمييزاً للوساوس والقهر المرتبطين باللزمات عن الوساوس والقهر التقليديين (Leckman,1993) .

وقد بينت أربع عشرة دراسة إكلينيكية أن نسبة تتراوح بين ٣٠٪ ، و٤٠٪ على الأقل من الراشدين المصابين باضطراب «توريت» لديهم أعراض وسواسية قهرية أو اضطراب الوسواس القهري .

وكشفت الدراسات على أعضاء الأسرة من الدرجة الأولى (أي الآباء والإخـــوة

جدول (٤٠) : الأعراض الوسواسية القهرية في اضطراب «توريت»

الأفكار الوسواسية
مرتبطة باللزمات : دفعات حسية متكررة غير مرغوبة ، أو أفكار مرتبطة باللزمات ، أفكار مفادها أن سياق اللزمات يحتاج إلى الضبط . مستقلة عن اللزمات : أفكار أو صور تخيلية مقتحمة بغيضة كريهة عن الموت والأمور الجنسية والاعتقادات الدينية ، غير مرتبطة باللزمات ، وتحتاج إلى مجهود لمقاومتها ، وترتبط بضيق واضح أو تدخل في حدوثها .
السلوك القهري
مرتبط باللزمات : لزمات مركبة في قالب واحد مثل : النقر بالإصبع ، والالتقاط ، والشهق ، واللمس (أشياء معينة أو الذات أو الآخرين) ، والتقبيل ، والأفعال الفاحشة ، والضرب ، والعض (الذات) . مستقل عن اللزمات : العد ، وطقوس الترتيب ، والاغتسال ، واللبس ، وطقوس المراجعة التي ينفذها الفرد عادة تبعا لقواعد معينة ، والتي لا تعد غاية في حد ذاتها بل يقصد بها أن تمنع ضيقا وألما من الناحية العقلية أو كارثة معينة متخيلة .

والأحفاد) المصابين باضطراب« توريت» أن أعضاء الأسرة لديهم خطر مرتفع لتطوير اضطراب «توريت» ، واضطراب اللزمات الحركية المزمن ، واضطراب الوسواس القهري أكثر من الأفراد غير المرتبطين بقرابة (Leckman,1993) .

اضطراب الوسواس القهري والسلوك الجنسي القهري

يشمل السلوك الجنسي القهري الأفعال الجنسية المتكررة والأفكار الجنسية التي تقتحم عقل الشخص ، فيشعر بأنه مجبر أو مضطر أو مقود إلى تنفيذ هذا السلوك الذي قد

يسبب له ضيقاً ذاتياً وربما لا يسبب له ذلك . وقد يبحث الشخص عن العلاج الطبي النفسي بسبب الرغبة في تغيير هذا السلوك ، أو أن يكون هذا التغيير إجبارياً ورسمياً لأسباب قانونية كما في بعض حالات التعبير الجنسي المعتمد على إثارة غير مقبولة اجتماعياً Paraphilias .

وعلى الرغم من أن هذا السلوك مقبول من ذات الشخص فإنه يمكن أن يؤثر في الجوانب الأخرى من حياة المريض ، فمثلاً الممارسة القهرية للعادة السرية قد تصبح مستنفدة للوقت جداً بحيث تؤثر في عمل الشخص أو علاقاته . وإن تهديد «الإيدز» في العقد الأخير قد دفع بعض الناس إلى محاولة تغيير أنماط السلوك الجنسي لديهم .

وعلى العكس من ذلك فإن الوساوس الجنسية غير مقبولة من أنا الشخص ، وهى أفكار تقتحم ذهن الشخص ، وتتصل بأمور جنسية لا تحض عادة على سلوك جنسي ، ومن ثم يمكن أن تعد الوساوس الجنسية شكلاً من أشكال اضطراب الوسواس القهري نفسه .

وإن وضع السلوك الجنسي القهري في فئة مناسبة أمر صعب ، على العكس من الوساوس الجنسية ، وليس هناك اتفاق بين العاملين في مجال الصحة النفسية على علاج السلوك الجنسي القهري ، ومن الأسئلة التي لم تجد لها حلاً بعد : إلى أي مدى يُعدّ هذا السلوك في الحقيقة «قهرياً»؟

لقد افتُرض أن السلوك الجنسي القهري يوجد خلال طائفة من الاضطرابات المرتبطة باضطراب الوسواس القهري ، وحيث إن السلوك الجنسي القهري في بدايته سلوك محدث للذة والسرور فإنه لا يشبه مطلقا السلوك القهري الحقيقي في اضطراب الوسواس القهري ، حيث يعد السلوك القهري المضطرب في بدايته غفلاً من المعنى ، ولكنه أيضاً يريح ويخفف عن المريض ضيقه .

ومعدلات انتشار السلوك الجنسي القهري غير معروفة ، وتعترف نسبة من الرجال أكثر من النساء بهذا الاضطراب ، ولكن ذلك لا يعنى وجود فروق

حقيقية بين الجنسين ، فقد تعبر النساء عن هذه الحالة الكامنة عن طريق بدائل أخرى تكشف عن أعراض مختلفة ، ولا توجد بيانات عن التاريخ الأسرى للسلوك الجنسي القهري (Anthony & Hollander,1993) .

وتوجد ثلاثة أنواع من هذا السلوك كما يلي : الوساوس الجنسية ، والتعبير الجنسي غير المقبول اجتماعياً ، وأنواع أخرى من السلوك القهري الجنسي مثل الشيوعية الجنسية أو ممارسة العادة السرية بصورة قهرية .

الوساوس الجنسية

حالة «وساوس خبيثة» :

رجل في التاسعة والثلاثين من عمره ، تطور لديه انشغال بالنظر إلى زاوية الساقين (الزاوية الناتجة عن انفراج الساقين) لدى الرجال الآخرين ، مع خوف من إمكان اكتشافه ، وأدت به هذه الوساوس إلى صعوبات ومشكلات في العمل ، كما نتج عنها عجزه عن التعامل بكفاءة في المواقف الاجتماعية . ونجم عن هذه الأفكار الوسواسية التي تقتحم عقله والقهر الناتج عنها (الحملقة والتحديق في زاوية الساقين) أن أصبح قلقاً ومكتئباً بصورة مزمنة ، وأثّر ذلك في إنجازه لأعماله وتلقى علاجاً بالعقاقير أدى إلى تخفيض الوساوس وتحسين مزاجه .

والوساوس الجنسية أفكار أو خيالات جنسية مقتحمة متطفلة ومداومة ، وتسبب الضيق عادة للمريض ، وقد يضطر المريض إلى القيام بطقوس معينة ليقاوم فعل الوساوس أو ليجعلها محايدة (Ibid) .

اضطراب التعبير الجنسي غير المقبول اجتماعيا :

تتضمن اضطرابات التعبير الجنسي الذي يعتمد على إثارة غير مقبولة اجتماعياً Paraphilias أفعالاً أو تخيلات متكررة تعد غير مألوفة «وغريبة شاذة» Bizarre ، وتتضمن بوجه عام تفضيل موضوعات غير إنسانية للإثارة الجنسية ، أو نشاطات مع آدمين تتضمن

المعاناة أو الإذلال والخزي ، أو مع شريك غير موافق على هذه الأفعال .

ويصف مرضى اضطرابات التعبير الجنسي دفعات متكررة ومعاودة للقيام بهذا السلوك الجنسي المنحرف ، ولدى هؤلاء المرضى غالباً أكثر من نوع من أنواع اضطرابات التعبير الجنسي وإذا عولج أحد الأنواع المسيطرة على المريض فإن نوعاً آخر من هذه الانحرافات يبرز أو يقوى . ويأتي المعتدون الجنسيون المصابون باضطراب التعبير الجنسي كالمغتصبين ومن يمارسون الجنس مع الأطفال ، يأتون إلى العلاج من خلال النظام القضائي وليس نتيجة لرغبتهم الخاصة في التخلص من هذا السلوك القهري (Ibid) .

الفئات الفرعية في اضطرابات التعبير الجنسي :

يعرض الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (APA, 1994,pp. 522-532) للفئات التالية :

١- الاستعراضية Exhibitionism

٢- الأثرية Fetishism

٣ - الاحتكاك واللمس Frotteurism

٤- النشاط الجنسي مع الأطفال Pedophilia

٥- الجنس مع تلقى تعذيب الآخر Sexual Masochism

٦- الجنس مع إيقاع العذاب بالآخر Sexual Sadism

٧ - ارتداء ملابس الجنس الآخر Transvestic Fetishism

٨ - استراق النظر أو التلصص على الآخرين وهم عُراة Voyeurism

حالة مرضية «وسواس ومازوخية» :

رجل في الثامنة والثلاثين من عمره ، لديه اضطراب الوسواس القهري يصاحبه خيالات تجلب له السرور ، وتتعلق بتعذيب وعذاب يقع عليه هو نفسه بوصفه ضحية ، وكان يقوم بممارسة العادة السرية على ضوء خيالات مفادها أنه يتلقى الضربات ، وأنه

يمارس الجنس مع بغيّ تهينه وتحتقره .

وقد تقدم هذا الرجل في البداية للعلاج من أعراض اضطراب الوسواس القهري فقط ، وقرر تحسناً في أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد تلقى عقار معالج ، ولكن من دون تغير في سلوكه الجنسي (Op. Cit) .

سلوك جنسي قهري آخر :

حالة :

رجل في الأربعين من عمره ، له تاريخ يصل إلى عشر سنوات من ممارسة العادة السرية بصورة قهرية ، يصاحبها خيالات مخزية مُذلّة تتضمن لبس ملابس النساء .

ويصف هذا الرجل مشاعر القلق التي يشعر بها إذا لم يستطع أن يستسلم للقهر المتصل بالعادة السرية التي يمكن أن تشغله ساعات كثيرة ، كما لاحظ هذا الرجل رغبة متزايدة لممارسة هذه العادة عندما يواجه مواقف عصيبة تتطلب منه أن يؤكد ذاته .

وقد تقدم للعلاج بعد أن تزوج ، وشعر بأنه غير قادر على الاستمرار في هذا السلوك القهري في حضور زوجته ، كما قرر كذلك تأخره عن العمل بشكل متكرر نتيجة لسلوكه القهري ، وشكا من ضعف التركيز .

العلاقة مع اضطراب الوسواس القهري :

يعاني مرضى وساوس الجنس - شأنهم في ذلك شأن مرضى اضطراب الوسواس القهري - من أفكار أو دفعات مقتحمة تضايقهم وذات طبيعة خاصة ، وقد تقتصر الأعراض لديهم على هذه الأفكار الجنسية ، أو قد تشمل طائفة أخرى من الوساوس والقهر كذلك .

وتعد اضطرابات التعبير الجنسي المعتمد على إثارة غير مقبولة اجتماعياً ، وكذلك القهر الجنسي مجلبة للذة والسرور فوراً ، وهو ما تختلف فيه عن القهر في اضطراب

الوسواس القهري الذي يعد عادة غفلاً من المعنى ومسببا للاضطراب . على أن السلوك القهري الجنسي يمكن أن يصبح مضايقاً عندما يكون مستنفداً للوقت ، وله عواقب قانونية ، أو يعرض الشخص للأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس . كما أن التخيل أو النشاط الجنسي من هذا النوع يربك الشخص أو يخرق المعايير الخلقية لديه ، ولكنه لذيذ وسار في البداية . وتورد التقارير العلمية أن كلا من السلوك القهري في اضطراب الوسواس القهري والسلوك الجنسي القهري يريحان ويهدئان من القلق .

وتجدر الإشارة – من ناحية أخرى – إلى أن كون السلوك القهري الجنسي يؤدي إلى اللذة والسرور في البداية يجعله يشبه سلوك الإدمان (Anthony & Hollander, 1993) .

المقامرة المرضية

لم يتم تحديد المقامرة المرضية Pathological Gambling بوصفها وحدة مرضية مميزة إلا في الآونة الأخيرة ، وتتزايد في هذا العالم اليوم فرص المراهنة أو المقامرة القانونية وغير القانونية ، ويشارك في هذه النشاطات أعداد متزايدة من السكان ذات أعمار صغيرة . ولقد أصبحت المقامرة والعوامل المرتبطة بها – بالنسبة لبعض الأشخاص – جانباً مسيطراً على حياتهم . وغالباً ما تعد هذه العوامل من بين أسباب تدهور الأسرة والعلاقات الاجتماعية وخسارة العمل والمنزل والمال . ويؤدى ذلك بالمقامرين إلى أن يبحثوا عن مصادر غير قانونية للإصلاح المؤقت لموقفهم اليائس ، أو قد ينتج عنه أذى أو ضرر شخصي وتورط مع النظام القضائي .

والمعلومات قليلة عن المقامرة المرضية ، وقد يأتي المتورطون فيها إلى العيادة النفسية على شكل شكاوى من الاكتئاب أو الاعتماد على العقاقير أو المواد ذات الآثار النفسية (DeCaria & Hollander, 1993) .

تعريف المقامرة المرضية :

إن تعريف المقامرة المرضية عمل صعب ، حيث صنفت عدة تصنيفات : على

أنهـا اضطـراب تحكـم في الدفعـات ، واضطراب قـهـري ، وإدمـان . وقـد صنفت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (APA, 1994,pp. 615-618) على أنهـا من بين اضطـرابات التحكم في الدفعـات غيـر المصنفـة فـي مـوضـع آخـر (مـع اضطرابـات : الانفـجـارات العـدوانيـة المتقطعـة ، والسـرقـة القـهـرية ، وهوس إحداث الحرائق ، وهوس نتف الشعر) . ويبين جدول (٤١) أهم المحكات التشخيصية للمقامرة المرضية (APA, 1994, p. 618) .

وباستخدام المحكات التشخيصية الواردة في جدول (٤١) يمكن أن نلحظ العلاقة بين المقامـرة المرضيـة وكل من : السلوك القـهري والإدمـان ، لأن الأخـيـرين يمكن أن يـرتبطا بمستويات مرتفعة من التوتر قبل الاندماج في السلوك القهري أو الإدماني ، يليه شعـور بالراحة بعد إتمام النشـاط . وتشترك المقـامرة المرضية أيضاً مع الإدمان في بعض الجـوانب مثل : التحمل Tolerance والانسحاب Withdrawal . ولكن المقامرة المرضية تختلف عن الإدمان في أنها اضطراب لا يظهر على الفرد بسهولة ، ومرض يمكن إخفاؤه سنين طويلة .

وفي هذا الجـانب الأخيـر تشبـه المقـامرة المرضـيـة شبـهـا كبيراً اضطراب الوسـواس القـهري ، فإن التوتر والقلق - الذي يرتفع نتيـجة الأفكار الوسواسية في كليهـما - يهدأ لدى تنفيـذ السلوك القـهـري ، ولكن السـلوك المتعلق بالطقـوس في اضطراب الوسـواس القهـري يوصف بأنه غير مقبول للأنا ، وفي حـالة المقامرة المرضية - كما في الإدمان على الكوكايين - هناك شعـور قوى بالسـرور يصاحـب إتمام السلوك وتفـريغ التوتر - على الأقل - في المراحل الأولى للاضطراب ، ولهـذا السبب فإن مـصطلح المقامـرة المرضية أفضل من المقامرة القهرية .

وقـد دلـت الدراسـات على أن المقـامـرة المرضـيـة اضطراب منتـشـر نسـبيـاً ، وهناك معلومـات قليلـة عن أسـبابه ، وسيـر المرض مـستـفـحل متـعـاظم Progressive ومـزمن ، وتتضـمن تعـقيـدات المقـامـرة المرضيـة مـحاولات الانتـحـار وغيـر ذلك من السلوك المدمر للذات ، والمشكلات القانونية والفوضى أو الاضطراب الانفعالي والاجتماعي والشخصي

جدول (٤١) : المحكات التشخيصية للمقامرة المرضية

المحكات التشخيصية
أ ـ سلوك مقامرة غير تكيفي والذي يحدث بصورة معاودة موصولة كما يتضح من خمسة محكات أو أكثر مما يلي :
١- منشغل بالمقامرة (مثال ذلك : أن ينشغل بالعيش مرة ثانية في الخبرات الماضية المتعلقة بالمقامرة ، أو يخطط للمقامرة التالية ، أو يفكر في طرق للحصول على المال الذي يقامر به) .
٢- يحتاج إلى أن يقامر بكميات كبيرة من المال حتى يحقق الإثارة المرغوبة .
٣- لديه محاولات ناجحة متكررة للتحكم في المقامرة أو إنقاصها أو إيقافها .
٤- غير مستقر وقابل للاستثارة عندما يحاول أن ينقص من المقامرة أو يوقفها .
٥- يتخذ المقامرة سبيلاً للهروب من المشكلات أو لتهدئة مزاج مكتئب (مثال ذلك : مشاعر العجز والذنب والقلق والاكتئاب) .
٦- بعد خسارة مال المقامرة كثيراً ما يعود في يوم تال إليها لتعويض خسارته .
٧- يكذب على أفراد الأسرة والمعالج أو الآخرين ليخفي مدى تورطه في المقامرة .
٨- ارتكب أفعالا غير قانونية مثل التزوير والاحتيال والسرقة أو الاختلاس لتمويل المقامرة .
٩- عرّض للمخاطر أو خسر علاقة مهمة أو مهنة أو تعليما أو فرصة لمستقبل جيد نتيجة المقامرة .
١٠ -يعتمد على الآخرين في إمداده بالمال لإصلاح موقفه المالي الميؤوس منه نتيجة المقامرة .
ب ـ لا يفسر سلوك المقامرة بطريقة جيدة عن طريق مرحلة هوس .

والمالي داخل الأسرة . وتشترك المقامرة المرضية - في بعض ملامحها - مع اضطرابات التحكم في الدفعات ، والإدمان والوسواس القهري ، والحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات (DeCaria & Hollander,1993) .

الوسواس القهري والإدمان

المخدرات والمواد النفسية المحدثة للإدمان ذات أثر سيء في الفرد والمجتمع ، وتتسبب في مشكلات اجتماعية واضطرابات نفسية شتى (انظر : مصطفى سويف ، ١٩٩٦) . وقد وصف «سنجو» في اليابان حالتين مرضيتين كشفتا عن اضطراب وسواسي قهرى شديد عندما كانتا تسيئان استخدام الكودايين ، وقد اختفت هذه الأعراض تماما بعد الشفاء الكامل من سوء استخدام الكودايين (Senjo, 1989) .

كما تحدث أعراض الوسواس القهري نتيجة تعاطى المنشطات Stimulants والكوكايين وحبوب التخسيس والعقاقير المهلوسة (مثل LSD) (انظر : Steketee, *et al.*,1999,p.10) انظر إلى هذه الحالة :

حالة اضطراب الوسواس القهري في هيئة إدمان على الكحول :

«إلهام» سيدة في الثامنة والثلاثين من عمرها ، أم لولدين في العقد الثاني ، وقد أحضرت إلى المستشفى ، ولها تاريخ في الإدمان المفرط مدة شهر تقريباً . وجدت «إلهام» نائمة على أرضية المطبخ في حالة سكر ، أدت إلى إدخالها غرفة الطوارئ . وكان زوجها منزعجاً جداً لدرجة أنه رفض إجراء أي شيء لها ، وكانت يائسة وتقول : إن حياتها مقبضة يفسدها القلق ، وإن الطريقة الوحيدة التي تستطيع بها أن تشعر بنفسها في حالة جيدة هي أن تشرب كثيرا جدا إلى درجة ألا تعرف ماذا يجرى حولها .

وتؤكد «إلهام» أنها تكره طعم الخمر ، ولكن الشرب هو الطريقة الوحيدة التي تجعلني أنسى الأشياء ، وكشفت الأسئلة التمهيدية أنه لا يوجد شيء مقبض أو مثير للاكتئاب في البيئة التي تعيش فيها ، فحالة زوجها المالية ممتازة ، وهو شخص مهتم بها

ويرعاها بحنان ، وطفلاها يتصرفـان ويدرسان بشكل جيد .

وعند توجيه مزيد من الأسئلة لها كشفت «إلهام» أن مصدر القلق والاكتئاب لديها هو الاقتحام المستمر لفكرة أنها يمكن أن تكون مصابة بسرطان الثدي ، وهي تعرف تماما أنها تتمتع بصحة جيدة ، وحاولت أن تدفع جانبا فكرة أنها مصابة بسرطان الثدي ، ولكن الفكرة تقتحم عقلها بصورة دائمة ، واستمر قلقها في الارتفاع . وعندما يصبح القلق غير محتمل فإنها تستدعى طبيب النساء والتوليد ليجرى لها فحصاً للصدر بأشعة «إكس» علماً بأن لديها ما يزيد على ثلاثين صورة بالأشعة للثدي خلال السنتين الماضيتين .

وكشف فحص الحالة العقلية وجود وسواس مسيطر متصل بسرطان الثدي ، والرغبة القهرية في إجراء فحص للثدي بالأشعة ، والمريضة لم تكن لديها الأعراض التقليدية للاكتئاب ، وكان تشخيصها : اضطراب الوسواس القهري ثم سوء استخدام الكحول .

إن ما يسبب الاضطراب لهذه المريضة بصورة واضحة هو الاقتحام الدائم لأفكار معينة تتعلق بصحتها ، بحيث تشق هذه الأفكار طريقها بالقوة إلى منطقة الوعي لديها ضد إرادتها . وهذه الأفكار جميعا لها خصائص الوساوس : إنها معاودة متكررة ومستمرة دائمة ، وعلى الرغم من إدراكها لهذه الأفكار الوسواسية على أنها نتاج لعقلها ذاته (فهي تعرف أنها تتمتع بصحة جيدة) ، فإن القلق يتراكم حتى يجبرها على ترتيب إجراء فحص ثديها بالأشعة .

وحيث إن وساوس «إلهام» تسبب لها ضيقاً وكرباً واضحين ؛ ويبدو أن هذه الوساوس لا تتعلق بتفسيرها لعلامات أو إحساسات جسمية فعلية أو متخيلة دليلاً على مرض جسمي ، فإن تشخيص اضطراب الوسواس القهري له ما يسوغه ، وليس توهم المرض ، كما أنه ليس ضلالة أو فكرة متوهمة (Greist & Jefferson, 1995,p. 113f) .

الوسواس القهري والاندفاعية

يشمل مصطلح الاندفاعية Impulsivity كُلاً من : اضطراب الشخصية المندفعة واضطرابات التحكم في الاندفاعات Impulse control . وعلى الرغم من أن هذه الاضطرابات قد لقيت مزيداً من الاهتمام في السنين العشر الأخيرة ، فإن اضطرابات التحكم في الاندفاعات ظلت بين الاضطرابات الأقل فهما في الطب النفسى الحديث .

تصنيف اضطرابات التحكم في الاندفاعات :

يصنف الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (APA,1994,pp.609- 621) اضطرابات التحكم في الاندفاعات (غير المصنفة في موضع آخر) إلى ستة أنواع كما يلى:

١ - الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent Explosive Disorder : ويتصف بحدوث فترات متقطعة من الإخفاق في مقاومة الدفعات العدوانية التي تصدر على شكل اعتداءات خطرة أو تدمير الملكية .

٢ - هوس السرقة Kleptomania : ويتسم بالإخفاق المتكرر في مقاومة دفعات لسرقة أشياء لا يحتاجها الفرد للاستعمال الشخصي ، وقد تكون غير ذات قيمة مادية .

٣ - هوس إضرام الحرائق Pyromania : ويتصف بإشعال الحرائق من أجل السرور أو الإشباع أو لتهدئة التوتر .

٤ - المقامرة المرضية : وتتسم بسلوك المقامرة غير التوافقي المعاود والمستمر (وقد سبق عرض أهم خصائصها) .

٥ - هوس نتف الشعر : ويتصف بنتف الفرد لشعره بصورة متكررة لتحقيق السرور أو الإشباع أو لتهدئة التوتر ، وينتج عنه فقد ملحوظ للشعر (وقد سبق عرض أهم خصائص هذا الاضطراب) .

٦ - اضطراب التحكم في الدفعات غير المحدد في موقع آخر .

والخاصية الأساسية المشتركة بين اضطرابات التحكم في الاندفاعات هي الإخفاق

في مقاومة اندفاع أو دافع أو إغراء للقيام بفعل يعد مُضراً للشخص أو لغيره . ويشعر الفرد - في معظم هذه الاضطرابات - بإحساس متزايد من التوتر أو التنبه والاستثارة قبل ارتكاب الفعل ، ثم يشعر بالسرور والإشباع والراحة في وقت ارتكاب هذا الفعل . وبعد إتمام الفعل قد يشعر أو لا يشعر بالأسف ، أو وخز الضمير ، أو تقريع الذات أو الذنب .

العلاقة بين الوسواس القهري واضطرابات التحكم في الاندفاعات :

هناك تشابهات شائقة بين اضطرابي الوسواس القهري والتحكم في الاندفاعات في كل من الجوانب الوصفية ، والأساس الحيوي (البيولوجي) ، والاستجابة للعلاج . والأمر المشترك بين الاضطرابين هو الدفعات المقتحمة للذهن والتي لا يمكن مقاومتها لارتكاب فعل قد يراه الفرد ذا معنى أو غفلا عنه . وبالإضافة إلى ذلك فإن كثيرا من المرضى بأي من الاضطرابين يشعرون بحالة توتر مرتفع مرتبط بمحاولات مقاومة هذا السلوك ، مع راحة من القلق تالية للقيام بهذا السلوك (Kavoussi & Caccaro, 1993) .

الأعراض الوسواسية القهرية في الفصام

لوحظت الأعراض الوسواسية القهرية في الفصام ، كما لوحظت الأعراض الذهانية في اضطراب الوسواس القهري (الذي سمى فيما مضى : العصاب الوسواسى) . وقد أدى وجود هذا التداخل في الأعراض ببعض الباحثين المبكرين إلى استنتاج مفاده وجود رابطة وثيقة بين الاضطرابين . وعلى الرغم من أن الدراسات الحديثة أوردت معدل حدوث مرتفع نسبياً (١٥٪) لأعراض الوسواس القهري في الفصام فإن الدراسات الحديثة تؤكد ملاحظة «سير أوبرى لويس» في عام ١٩٣٥ ومفادها أنه من النادر أن يتحول مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى الفصام (Kindler, Kaplan, & Zohar, 1993) .

الوسواس القهري والضلالات والفصام :

الفرق بين الوساوس والضلالات Delusions (الاعتقادات الزائفة) يكمن في الاستبصار Insight والمقاومة المتعلقة بالجذور الداخلية للوساوس ، في حين أن الضلالات

يعتقد أنها خارجية ولا تقاوم ، وتلقى هذه الملاحظة الضوء على الصعوبة الممكنة للتشخيص الثابت للوساوس والقهر لدى مرضى الفصام . وقد بين بعض الباحثين صعوبة تطبيق محك الاستبصار والمقاومة لتحديد الأعراض الوسواسية القهرية لدى مرضى الفصام ، ولكن تحديد الأعراض ووصفها وصفا سلوكياً يساعد على التفرقة بين الوسواس القهري والفصام ، كما أن الأعراض الفصامية يمكن إدراكها على أنها متسقة مع الأنا Ego - syntonic ولا يقاومها الفرد ، في حين أن أعراض الوسواس القهري تدرك على أنها غير مقبولة للأنا Ego - dystonic مع حدوث درجات مختلفة من المقاومة لها (Ibid) . وتوضح الحالات الآتية أعراض الوسواس القهري لدى مرضى الفصام بحيث يوجد كل من الاستبصاز والمقاومة للأعراض .

حالة (أ) :

السيد «سليم» له من العمر سبعة وعشرون عاماً ، ذكر عزب ، له تاريخ يصل إلى سبع سنوات من الفصام غير المحدد ، يتسم بالعزلة الاجتماعية ، عاطفته فاترة مسطحة ، لديه نقص في الاهتمام بصحته الشخصية ، مع غموض ، ونقص المبادأة . وفي أثناء المرة الأخيرة التي أودع فيها المستشفى لوحظ عليه غسل قهري لليدين ، وعد الآجر أو القرميد (البلاط الفخار) الخاص بطوابق المباني ، يلي ذلك صلاة تتخذ نمطاً محدداً . وعندما سُئل «سليم» عن ذلك كشف عن انزعاج من فعل خطيئة ما في واحدة معينة من القرميد ، وأنه يجب أن يتعرف إليها بالذات حتى يبطل تدنيس المقدسات .

وعلى الرغم من أن «سليم» كان لديه استبصار بعدم معقولية هذه الأفكار تماماً فإن محاولات تجنب قيامه بطقوس معينة سببت له قلقاً معجزاً ، ومن ثم فسر الانشغال والسلوك المرتبط به على أنه وساوس وقهر على التوالي .

حالة (ب) :

«لطيفة» سيدة فصامية عزباء في الثلاثين من عمرها ، أودعت المستشفي اثنتي عشرة

مرة لفترات طويلة خلال سبع السنوات الماضية بسبب فترات ذهانية اتسمت بتهيج نفسي حركي ، وسلوك جنسي «شيوعي» وهلاوس سمعية ، وانشغال بموضوعات دينية . وفي أثناء المرة الأخيرة التي أودعت فيها المستشفى شكت من انشغال ديني دائم . وكانت خلواً من الاستبصار ، ومع ذلك فلكي تحارب «لطيفة» هذا الانشغال الديني فقد بدأت تعد القرميد أو الآجر ، وتمشى إلى الوراء ، وتعض إصبعها ، وهو سلوك فُسِّر على أنه قهر (Ibid) .

الحدوث المشترك للوسواس القهري والفصام :

الدراسات على الحدوث المشترك للمرضين Comorbidity قليلة ، ويبدو أن مآل مرضى الفصام والوسواس القهري على المدى الطويل غير جيد بالنسبة لمرضى الفصام من دون أعراض وسواس قهري ، أي أن الوسواس القهري هنا يسهم في تفاقم حالة الفصام . وهناك ثلاثة فروض بالنسبة لهذه النتيجة ، أولها أن الفصام مع أعراض الوسواس القهري يمثل فئة فرعية نادرة من الفصام ولكنها خبيثة وقاسية . والتفسير الثاني أن هؤلاء المرضى يعانون من المرضين المستقلين في وقت واحد ، ومن ثم فقد يعكس المآل السيء لهما الأثر التراكمي أو المضاعف لهذين الاضطرابين . ويتلخص الفرض الثالث في أن أهمية أعراض الوسواس القهري في المآل السيء للمرض تنجم أساساً عن الطبيعة المزمنة لهذه الأعراض .

إن إدراك الخاصية التافهة وغير ذات المعنى للوساوس والقهر محك تشخيصي أساسي لاضطراب الوسواس القهري ، ولكن - خلال سير المرض - قد يفقد المريض الاستبصار Insight بتفاهة موضوع الوسواس . ويورد بعض الباحثين حالات مرضى وسواس قهري مع ملامح ذهانية ، ووجدوا أن الافتقاد إلى الاستبصار بالوساوس يرتبط ببداية الملامح الذهانية عند هؤلاء المرضى .

وعلى الرغم من أن تكرار الذهان في اضطراب الوسواس القهري أمر غير واضح فقد أورد مجموعة من الباحثين أن ثلث عينة من ٤٩ مريضاً بالوسواس القهري في

دراستهم يدركون وساوسهم على أنها معقولة .

وهذه النقلة للوساوس من كونها غير ذات معنى وغير معقولة إلى كونها ذات معنى ومعقولة قد يصاحبه كذلك تغيرات في خاصية عدم قبول الأنا لهذه الوساوس ، ومثال ذلك حالة رجل في الخامسة والعشرين من عمره ، ألحق بالمستشفى بسبب مراجعة قهرية استمرت سنين عدة ، وعند دخوله المستشفى عبر المريض عن خوف من أن يكون قد قام - بإهمال غير متعمد - بتسميم عصير للأطفال في مكان عمله . وكان يدرك هذه الأفكار على أنها مربكة وغير معقولة معاً ، وقد حدث تدهور لحالته خلال مدة وجوده في المستشفى ، مع حدوث تغير واضح في نوعية الوساوس ، وعلى الرغم من أن محتوى الوساوس ظل دون تغير فإن الوساوس أصبحت ذات طبيعة ضلالية ، فأصبح يعتقد أن مختلف السلطات اقتنعت بجرمه ، وأنه قد يعاقب على جرائم لم يرتكبها .

وهناك حالة جندي في الثانية والعشرين من عمره ، كان يعتقد أن الطقوس التي يقوم بها تمنع من حدوث الحرب ، وكان يشاهد في أثناء معركة جزر «فوكلاند» يقضي ساعات طوالا في طقوس متصلة بالعد والمراجعة من أجل ألا تزداد حدة الصراع ، وكان يعتقد أن مخاوفه لها ما يُسوِّغها ، وشعر بأن الآخرين مخطئون في عدم مشاركته . ولكنه مع ذلك لم يستطع أن يفسر كيف يمكن أن تؤثر هذه الأفعال في الأحداث العالمية . وتوضح هذه الحالة كيف يكون للوساوس خواص ضلالية .

وكشفت إحدى الدراسات عن معدل انتشار ١٥٪ للأعراض الوسواسية القهرية لدى مرضى الفصام ، وإذا أثبتت دراسات تالية هذا المعدل المرتفع فقد يشير ذلك إلى فئة فرعية في الفصام (Kindler, Kaplan, & Zohar, 1993) . من الواضح إذن أن العلاقة بين الوسواس القهري والفصام ليست علاقة بسيطة كما يتصور بعض الباحثين ، حيث تختلف النتائج اختلافاً كبيراً بتأثير من طرق اختيار العينات ونوعها ، وطرق التشخيص المستخدمة ، والمقاييس النفسية المطبقة . كما أن الفكرة الشائعة بأن المريض يصاب باضطراب نفسي واحد فقط تعد فكرة غير صحيحة ، فليس هناك ما يمنع من إصابة

المريض بأكثر من اضطراب أو مرض ، وينطبق ذلك علـى كل ما عرضنا له من اضطرابات مرتبطة بالوسواس القهري في هذا الفصل .

ملخص

ترتبط باضطراب الوسواس القهري اضطرابات نفسية كثيرة أخرى ، ومن هذه الاضطرابات القلق ، والأدلة كثيرة على أن القلق كامن وراء اضطراب الوسواس القهري ، فالوساوس مثيرة للقلق ، في حين أن السلوك القهري مخفض للقلق ولكنه لا يؤدي إلى الشعور بالسرور .

ويحمل الاكتئاب علاقة وثيقة باضطراب الوسواس القهري ، ويتفاعل الاضطرابان بطريقة معقدة ، فبعض الوسواسيين عندما يصبحون مكتئبين تتفاقم الأعراض الوسواسية لديهم ، في حين أن بعضهم الآخر يصبحون أقل وسواسية ، ومن الطريف أن اجتماع الاضطرابين يقلل كثيراً من احتمالات حدوث الانتحار . وتسبق الأعراض الوسواسية أعراض الاكتئاب غالباً .

ويشير اضطراب سوء شكل الجسم إلى اقتناع المرضى بوجود جوانب شذوذ في أجسامهم إلى الحد الذي يطلب كثير من المرضى بهذا الاضطراب إجراء جراحة التجميل لهم ، ويحدث هذا الاضطراب بتكرار أكبر لدى الإناث . ويشترك هذا الاضطراب مع اضطراب الوسواس القهري في جوانب متشابهة كثيرة أهمها : شكل الأعراض ، والأنماط المرضية المشتركة ، والتاريخ الأسري ، والاستجابة لبعض العقاقير .

وأما فقدان الشهية العصبي فهو أحد اضطرابات الأكل ، يضع فيه المريض لنفسه حدوداً غذائية وتقييداً لكمية الطعام التي يتناولها ، مع وجود أنماط شاذة في التعامل مع الطعام ، وفقد كبير للوزن ، وخوف شديد من البدانة ، واضطراب في صورة الجسم . وكشف كثير من الدراسات منذ وقت مبكر عن علاقة وثيقة بين اضطرابي فقدان الشهية

العصبي والوسواس القهري ، تشير إلى الطبيعة الوسواسية الكامنة في فقدان الشهية العصبى ، ومن مؤشراتها : العد الوسواسي للسعرات الحرارية ، والانشغال بالجسم ، واجترار أفكار عن الطعام بشكل موصول .

كما يرتبط اضطراب الوسواس القهري بتوهم المرض الذي يتسم بوساوس الفرد بأنه مريض ، مع الحاجة إلى مراجعة الأطباء طلباً للتشخيص أو العلاج أو الطمأنة . ويرتبط الوسواس القهري كذلك باضطراب نتف الشعر الذي يتلخص في عجز الفرد عن مقاومة دفعة تجعله يقتلع الشعر من منطقة أو أخرى من جسمه .

وأظهرت الدراسات كذلك وجود علاقة بين الوسواس القهري وكل من : اضطراب «توريت» الذي يتضمن لزمات حركية وصوتية وإيماءات فجائية ومتكررة ، والسلوك الجنسي القهري الذي يتصل بالأفعال والأفكار الجنسية ، واضطرابات التعبير الجنسي المعتمد على إثارة غير مقبولة اجتماعيا ، وكذلك المقامرة المرضية والإدمان والاندفاعية .

* * *

الفصل الحادي عشر

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

تمهيد :

عرضنا عبر فصول هذا الكتاب لمختلف جوانب اضطراب الوسواس القهري ، وقدمنا في الفصل السابق الاضطرابات المرتبطة به أو المصاحبة له ، ونعرض في هذا الفصل فقط لاضطراب آخر هو اضطراب الشخصية الوسواسية Obsessive - compulsive personality disorder (OCPD) . ولهذا الاضطراب الأخير جوانب مشتركة وعناصر متداخلة مع اضطراب الوسواس القهري ، وتختلف آراء الباحثين حول علاقة هذين الاضطرابين كما سنرى في آخر هذا الفصل . ونعرض فيما يلي لأهم خصائص اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية .

أهم خصائص الاضطراب

ينشغل المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية انشغالاً كبيراً بالكمال Perfection أو الخلو من العيوب أو الإتقان الذي يصل إلى حد الكمال ، ويجعلهم ذلك غير قادرين على تكملة الأمور والأشياء بنظام زمني محدد ، فتكون جهودهم قاصرة حتماً عن تحقيق توقعاتهم ، ويجبرون أنفسهم على إعادة ما يقومون به من أعمال . وقد يحدث لدى بعضهم اجترار لفكرة كيفية وضع أولوية للأمور المطلوب إنجازها بدلا من البدء فعلاً في إنجاز أحدها ، كما أنهم يركزون على التفاصيل التي يرى الآخرون أنها تافهة وينطبق عليهم القول المأثور : «إنهم يخفقون غالباً في رؤية الغابة ويركزون على الأشجار» .

كما يتسمون بعدم المرونة أو التصلب مما يفسد علاقاتهم الاجتماعية ، ويصرون على فعل الأشياء بطريقتهم بدلاً من التسوية أو الحلول الوسطى . إن حماستهم للعمل تبعدهم عن المشاركة في النشاطات الاجتماعية والجوانب الخاصة بشغل وقت الفراغ والاستمتاع

بهما . ويميلون إلى البخل والشح في النواحي المالية ، ويجدون صعوبة في اتخاذ القرارات ، فيؤجلونها أو يتجنبونها بسبب الخوف من اتخاذ قرار خاطئ ، كما يميلون إلى التصلب والتشدد في المسائل الأخلاقية ، ويكون ذلك بسبب عدم مرونة شخصياتهم أكثر منه نتيجة لاقتناع عميق . وتميل علاقاتهم بالآخرين إلى أن تكون رسمية شكلية بشكل متطرف ، ويجدون من الصعب عليهم أن يعبروا عن مشاعرهم ، كما أن من الصعب عليهم أيضاً أن يسترخوا ويستمتعوا بالنشاطات السارة . انظر إلى هذه الحالة .

حالة : «رغبة في الكمال» :

«مهند» محلل نظم عمره ٣٤ عاما ، لديه نزعة إلى الكمال ، منشغل جداً بالتفاصيل ، وسلوكه غير مرن ومتصلب ، تزوج «مهند» من «عبير» وهي فنانة تشكيلية . وأصر على وضع جدول زمني للساعات الحرة لهما ساعة بساعة ، ويصبح مستثار الأعصاب عندما ينحرفان عن الجدول الذي وضعه (الأجندة) . وعندما يضع سيارته في «الموقف» كان يدور فيه كثيراً وبشكل متكرر بحثاً عن المنطقة التي يختار فيها الموقف الملائم للسيارة بحيث لا تحك سيارته أو تفسدها سيارة أخرى . ورفض أن تطلى حوائط شقته لمدة تزيد على العام لأنه لم يستطع أن يحدد اللون . وقام بتنظيم كل الكتب الخاصة بهما في المكتبة أبجدياً ، وكان يصر على أن كل كتاب يجب أن يوضع في مكانه المناسب .

ولم يكن لدى «مهند» أي قدرة على الاسترخاء وحتى في الإجازات ، فكانت تضايقه أفكار عن العمل الذي تركه وراءه ، وتزعجه مخاوف أنه يمكن أن يفقد وظيفته . لقد كان غير قادر على أن يفهم كيف يستطيع الناس أن يتمددوا على الشاطئ ، ويتركوا كل ما يقلقهم يتبخر في هواء الصيف . إن شيئاً ما يمكن أن يحدث بشكل خاطئ عادة ، ومن ثم يقول : كيف يستطيع الناس أن يدعوا أنفسهم يذهبون لقضاء الإجازة (Nevid, Rathus, & Greene,1997,p. 229) .

وتتضح في حالة «مهند» سمة «الكمالية» . ومن ناحية أخرى توجد سمة الكمالية أو البحث عن الكمال لدى بعض السيدات في طريقتهن لتنظيف بيوتهن

أو عند إقامتهن حفلة لمجموعة من الأصدقاء من تلميع للفضيات وتنظيف للأرضيات والطفايات والأثاث والملابس ، وأما ما يقدم للضيوف فإن النظافة والدقة والنظام تشيع في أبهى صورها وأجلى أشكالها ، مع توتر شديد وعصبية زائدة لدى ربة البيت إن حدث خطأ ما أو سكب على السجاد سائل معين (Crammer, 1976,p. 53) .

وقد وصف أحد المرضى نفسه بقوله : «إن حياته قطار يسير بكفاءة وسرعة ، ويجر أحمالاً ضخمة ، ولكنه يسير على قضبان خُططت له» . وهناك خصلة أخرى للشخصية القهرية هي التركيز الزائد على العمل والإنتاج ، وحتى «السرور» يصبح عملاً ، وذلك بأن يقوم مثل هؤلاء الأشخاص بوضع جدول دقيق لعطلة نهاية الأسبوع مثلا ، ويتضمن هذا الجدول نشاطات معينة تحدث أقصى درجة من الاستمتاع ، فيضع خطة دقيقة لإمتاع نفسه ، ويصبح مضطربا ومتضايقا جدا إذا تدخل أي شئ مع هذا الجدول (Sarason & Sarason, 1987, p.256) .

على أن هناك جوانب إيجابية لدى أصحاب الشخصية الوسواسية القهرية ؛ إذ إن كثيراً من نظام المجتمع وتقدمه يرجع إلى عمل الشخصية الوسواسية (Ladäu, 1984) . إنهم أشخاص نظاميون منهجيون يمارسون حياة منظمة بطريقة جيدة جداً ، إن الواحد منهم يحضر دائماً في الوقت المحدد ، كما أنه شديد التدقيق في ملبسه وأقواله ، ويعطى مزيداً من الاهتمام الشديد(الذي يغيظ) للتفاصيل ، ويكره القذارة بشدة ، وقد يكون لديه أسلوب عقلي مميز ، ولكنه يكشف عن جمود عقلي ، وهو حريص ومتأن وبطيء في الفكر والفعل ، ولديه معايير أخلاقية متشددة بالنسبة لنفسه وللآخرين . إنه منشغل بالقواعد ، والقوائم ، والنظام ، والتنظيم ، والجداول إلى درجة لا يرى فيها الغابة من خلال الأشجار .

ويتدخل توجه مثل هذا الشخص نحو الإتقان والكمال في تكملته عملاً ما ، إنه يكرس كل وقته للعمل إلى درجة أنه ليس لديه وقت فراغ ، وله قليل من الأصدقاء ، وهو ليس شخصاً دافئاً وحميماً في علاقاته (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 314) .

ويضع هؤلاء الأفراد مستويات طموحة لأدائهم الشخصي مرتفعة جداً ، ولا يصلون إليها عادة ، ويفضلون النشاطات العقلية على المشاعر والخبرات الانفعالية ، ولديهم مماطلة أو تسويف ، هم أخلاقيون ، ويميلون إلى عدم تحمل السلوك الانفعالي من الآخرين (Oltmanns & Emery, 1995,p. 314) . انظر إلى هذه الحالة :

حالة شخصية وسواسية قهرية :

يصل «عزمي» إلى مكتبه في الجامعة في الساعة الثامنة صباحاً تماماً كل يوم ، حيث هو متخرج من قسم علم النفس ، وفي طريقه إلى مكتبه كان يتوقف دائماً في الساعة ٧,١١ لتناول القهوة ولشراء نسخة من صحيفته الصباحية ، ومن الساعة ٨ إلى ٩,١٥ يتناول القهوة ويقرأ الصحيفة . وفي الساعة ٩,١٥ كان ينظم الملفات التي تضم مئات من الأوراق المتصلة برسالته للدكتوراه التي فات موعد استحقاقها من سنوات عدة . وفي الساعة العاشرة صباحاً وحتى الغداء يأخذ ورقة من هذه الأوراق ، ويضع علامات لإبراز الفقرات المتصلة برسالته . وعند الظهر يأخذ حقيبة أوراقه ، ويتناول غداءه (ويتكون عادة من زبدة فول السوداني وساندوتش جيلي مع تفاحة) ، ويذهب إلى المقهى (الكافتيريا) لشراء زجاجة صودا ، ويأكل وحده . ومن الساعة ١ إلى ٥ بعد الظهر تكون لديه لقاءات ، وينظم مكتبه ، ويضع قوائم بالأشياء التي يجب عليه عملها ، ويُدخل المراجع التي حصل عليها إلى برنامج قاعدة معلومات جديد في الحاسب الآلي الخاص به .

وفي المنزل يتناول العشاء مع زوجته ، ويعتذر منها ليعمل في رسالته ، ويعمل عادة حتى الساعة ١١ مساء ، وكان يقضي وقتا طويلا في تجربة تنظيم جديد للحاسب الخاص به في منزله . ولم يكن «عزمي» قريباً من تكملة رسالته أكثر مما كان عليه منذ أربع سنوات ونصف سنة مضت . وتهدد زوجته بأنها ستتركه بسبب عدم مرونته وتصلبه بالنسبة لكل شيء في المنزل ، كما أنها لا تريد أن تظل في هذا السجن مع «عزمي» إلى الأبد .

وأخيراً طلب «عزمي» المساعدة من معالج نفسي بسبب ما يشعر به من قلق نتيجة علاقته المتدهورة مع زوجته ، وقد شخص على أن لديه اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (Barlow & Durand, 1995,p.459) .

المحكات التشخيصية

يبين جدول (٤٢) هذه المحكات اعتماداً على الدليل الرابع للاضطرابات النفسية .

جدول (٤٢) : المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

نمط شامل من الانشغال والاستغراق في الترتيب ، والنزعة إلى الكمال ، والضبط أو التحكم العقلي وفي العلاقات الشخصية ، على حساب المرونة ، والانفتاح ، والكفاءة . ويبدأ من الرشد المبكر ، ويوجد في ظروف وسياقات مختلفة كما يتضح من أربعة (أو أكثر) من المحكات التالية : (١) الانشغال بالتفاصيل والقواعد والقوائم والنظام والترتيب والتنظيم والجداول إلى الدرجة التي تُفقد فيها النقطة الأساسية في النشاط . (٢) الكشف عن نزعة نحو الكمال بحيث تتدخل في تكملة العمل وتؤثر فيه (مثال ذلك العجز عن تكملة مشروع نتيجة عدم تحقق المعايير الصارمة والشديدة التي يضعها) . (٣) الاستغراق الشديد والتكريس الزائد للعمل والإنتاج إلى حد استبعاد النشاطات الترويحية والصداقة (بحيث لا يكون ذلك لحاجة اقتصادية واضحة) . (٤) الالتزام الصارم بما يمليه الضمير ، وكثرة الشكوك والحيرة والتردد ، وعدم المرونة بالنسبة للأمور الأخلاقية والفضائل والقيم (بحيث لا تشملها الجوانب الثقافية أو الدينية) . (٥) العجز عن رمى (أو طرح ونبذ) الأشياء عديمة القيمة أو البالية والرثة والتالفة ، حتى وإن لم تكن لها قيمة عاطفية . (٦) معارضة المهام التفاوضية والحلول الوسطى ، ومقاومة العمل مع الآخرين ما لم يخضعوا ويذعنوا بشكل تام لطريقة الشخص في عمل الأشياء . (٧) تبنى طريقة بائسة لإنفاق المال تجاه نفسه والآخرين ، ويُنظر إلى المال على أنه شيء يجب أن ندخره لمواجهة الكوارث في المستقبل . (٨) إظهار التصلب والعناد .

عن : (APA, 1994,p. 672f) .

الملامح التشخيصية للاضطراب

الجانب الأساسي في اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية هو الانشغال بالترتيب ، والنزعة إلى الكمال ، والسيطرة العقلية على العلاقات بين الأفراد والتحكم فيها ، بحيث يكون ذلك على حساب المرونة ، والانفتاح ، والكفاءة . ويبدأ هذا النمط في الرشد المبكر ، ويوجد في بيئات مختلفة .

ويحاول الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية أن يحققوا شعوراً بالسيطرة أو التحكم ، عن طريق بذلهم جهداً كبيراً في الانتباه إلى القواعد ، والتفاصيل التافهة ، والإجراءات ، والقوائم ، والجداول ، والجوانب الشكلية إلى الحد الذي تفقد فيه نقطة النشاط الأساسية (المحك الأول في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع - انظر جدول ٤٢) .

إنهم حريصون بشكل مفرط وزائد ، ومعرضون للتكرار ، ويذل انتباه شاذ يفوق العادة نحو التفاصيل ، وتكرار المراجعة لاحتمال حدوث أخطاء ، ويتناسون حقيقة أن الناس الآخرين يصبحون منزعجين جداً ، وذلك للتأخيرات والعقبات غير المقبولة والناتجة عن سلوكهم . ومثال ذلك عندما يفقد شخص من المصابين بهذا الاضطراب قائمة الأشياء التي يجب عليه أن يقوم بها ، فإنه سوف يقضي مقدارا مسرفا ومبالغا فيه من الزمن للبحث عن هذه القائمة بدلا من قضاء لحظات قليلة في إعادة كتابة هذه القائمة من الذاكرة ، ويبدأ في إنجاز هذه المهام .

ويتسم هؤلاء الأشخاص كذلك بأن الزمن لديهم مقسم وموزع بطريقة سيئة ، ويتركون أكثر الأعمال أهمية إلى اللحظة الأخيرة ، وتتسبب النزعة نحو الكمال Perfectionism ووضع معايير ذات مستويات مرتفعة للأداء ، في خلل في قيام هؤلاء الأشخاص بمهامهم ، وتتسبب كذلك في ضيق وكرب شديدين بالنسبة لهم . وقد يصبحون منشغلين جداً في وضع كل تفصيل من تفاصيل مشروع معين بمستوى كامل تماماً إلى الدرجة التي لا يمكن فيها للمشروع أن ينتهي (المحك الثاني) ، ومثال ذلك أن

تتأخر تكملة تقرير مكتوب نتيجة إعادة كتابته عدداً كبيراً من المرات ، استنفدت وقتا طويلا ، ومع ذلك يخرج التقرير كله بعيداً عن «الكمال» . ويفتقد مثل هؤلاء الأفراد إلى المواعيد النهائية Deadlines ، ومن الممكن أن تقع جوانب حياة هؤلاء الأفراد التي لا تعد مركز النشاط الحالي ، في فوضى شاملة .

ويكشف أصحاب اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية عن حب شديد وإخلاص متطرف للعمل والإنتاج ، إلى الدرجة التي يستبعدون فيها كلا من نشاطات وقت الفراغ والصداقة (المحك الثالث) . ولا يحدث هذا السلوك نتيجة لضرورة أو حاجة اقتصادية ، إنهم يشعرون كثيراً بأنه لا وقت لديهم يقضونه في أمسية لطيفة أو يأخذون يوما في نهاية الأسبوع لا يعملون فيه ، يخرجون أو حتى يسترخون ويقومون بتأجيل النشاط السار كالإجازة ، حتى إنها يمكن ألا تحدث مطلقاً . وعندما يحدث أن يأخذوا وقتا للقيام بنشاطات في وقت الفراغ أو يأخذوا إجازة ، فإنهم يصبحون غير مرتاحين ما لم يصطحبوا معهم شيئاً ما يعملون فيه حتى لا يضيعوا الوقت .

وقد يحدث في هذا الاضطراب تركيز كبير على الأعمال المنزلية الرتيبة (الروتينية) مثل : التنظيف المتكرر المبالغ فيه . وإذا قضوا وقتاً مع أصدقاء فمن المحتمل أن يكون ذلك من خلال نوع ما من النشاط المنظم بطريقة شكلية كالرياضة البدنية مثلاً . ويتوجه مثل هؤلاء المضطربين نحو الهوايات والنشاطات الترويحية على أنها مهام خطرة ، تتطلب التنظيم الدقيق والعمل الشاق لإتقانها . ويكون التركيز على الأداء الكامل . إن مثل هؤلاء الأفراد يحولون اللعب إلى مهمة منظمة ، مثال ذلك : تصويب الأمر بالنسبة للطفل الذي لم يضع الحلقات أو الدوائر على العمود في ترتيب صحيح ، أو أن يخبر الطفل الصغير أن يركب دراجته ثلاثية العجلات في خط مستقيم ، أو تحويل مباراة في الكرة إلى «درس» صعب .

ومن الممكن أن يتصف الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية بيقظة الضمير ، والشك ، وبعدم المرونة فيما يتعلق بمسائل الأخلاقيات والفضائل

والقيم (المحك الرابع) . وقد يجبرون أنفسهم والآخرين على اتباع المبادئ الخلقية بشكل متطرف ، ومعايير الأداء الصارمة جداً . وقد ينقدون أنفسهم أيضا دون رحمة وبطريقة قاسية بالنسبة لأخطائهم . ويتصف المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية باحترامهم الشديد للسلطة والقوانين على شكل انصياع حرفي وطاعة تامة .

ولا يقدر الأفراد المصابون بهذا الاضطراب على رمى الأشياء البالية وعديمة القيمة وطرحها جانباً ، حتى إذا لم تكن لها قيمة عاطفية (المحك الخامس) . وكثيراً ما يعترف هؤلاء الأفراد بأنهم يجمعون الأشياء القديمة ، ويرون أن رمى الأشياء وطرحها جانباً ضياع وتبذير لأنك لا يمكن أن تعلم متى ستحتاج إلى بعض هذه الأشياء ، وسوف ينزعجون إذا حاول شخص ما أن يتخلص من الأشياء التي يحتفظون بها ، ويمكن أن يشكو أقرانهم (الزوج أو الزوجة) أو زملاؤهم في الغرفة (كما في المدن الجامعة) من المساحة الكبيرة التي تشغلها الأشياء القديمة والمجلات والأدوات المكسورة وغير ذلك مما يحتفظون به .

ويعارض المرضى باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية القيام بمهام المندوب أو المفوض ، كما يعارضون العمل مع الآخرين (المحك السادس) . ويصرون بعناد وبطريقة غير معقولة على أن كل شيء يجب أن يتم إنجازه بالطريقة التي يضعونها ، وأن الآخرين يجب أن يجاروا طريقتهم في عمل الأشياء ويتطابقوا معها ، ويعطون عادة تعليمات مفصلة جداً عن الكيفية التي يجب أن تتم بها الأعمال أو المهام ، مثال ذلك : إن هناك طريقة واحدة ، وطريقة واحدة فقط لاجتثاث العشب من الحديقة ، ولغسل الأطباق ، ولبناء حظيرة للكلب ، ويندهشون ويتضايقون إذا اقترح الآخرون بدائل مبتكرة . وفي أوقات أخرى قد يرفضون العروض المقدمة لمساعدتهم ؛ لأنهم يعتقدون أنه لا أحد غيرهم يمكن أن يقوم بالعمل على خير وجه ، كما لو كان لسان حالهم هذا البيت من الشعر :

ما حك جلدك مثل ظفرك　　　فتولّ أنت جميع أمرك

وقد يكون أصحاب هذا الاضطراب بخلاء أشحة ، ويعيشون في مستوى من الحياة أقل بكثير مما يمكن أن يتحملوه ، ويعتقدون أن الإنفاق يجب أن يكون محكوماً بشدة

لنحتفظ بالمال لمواجهة الكوارث المستقبلية (المحك السابع) . ويتسم الأشخاص في اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية بالتصلب والعناد (المحك الثامن) . ويهتمون جداً وينشغلون بأن تؤدى الأعمال وتتم الأمور بالطريقة الصحيحة الوحيدة التي يرونها ، بحيث يواجهون متاعب في الموافقة على أفكار أى شخص آخر .

ويخطط مثل هؤلاء الأشخاص مسبقاً بوضع تفاصيل دقيقة جداً ، كما أنهم غير مرحبين بوضع التغيرات التي يمكن أن تحدث في الاعتبار . إنهم مغلّفون كلياً ومغطون تماماً بوجهة نظرهم الخاصة ، ولديهم صعوبة في الاعتراف بوجهات نظر الآخرين ، وكثيراً ما يصبح الأصدقاء والزملاء محبطين بهذا التصلب الدائم ، وحتى عندما يعرف المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية أن مصلحتهم قد تكون في الحل الوسط ، فإنهم يرفضون بعناد أن يفعلوا ذلك ، ويذكرون أنها مسألة مبدأ (APA,1994,p. 669f) .

وبعد استعراض أهم الملامح التشخيصية للشخصية الوسواسية القهرية يتضح أن أعراض هذه الشخصية شائعة في حضارتنا ، وهى سلوكيات مرغوبة وتقدر حق قدرها في مجتمعنا عندما تكون في صورة أقل تطرفاً . مثال ذلك المثابرة أو المواظبة والانتباه للتفاصيل : إنهما صفتان مرغوبتان كثيراً ويقدرهما الناس حق قدرهما ؛ إذ إن لهما وظائف مهمة ، ولكن عندما يتسم بهما الشخص بدرجة متطرفة فإن المواظبة أو الاستمرار في عمل محدد واحد والعجز عن فهم الصورة الكبيرة يعدان غير مرغوبين (Freeman, *et al.*,1990 p.247) .

ويلخص جدول (٤٣) الخصائص الأساسية والملامح التشخيصية لمضطربي الشخصية الوسواسية القهرية اعتمادا على عدد من المراجع .

جدول (٤٣) : أهم خصال مضطربي الشخصية الوسواسية القهرية

الانشغال بالكمال في كل شيء	سوء توزيع الزمن
إدمان العمل	وضع معايير مرتفعة للأداء
التكرار والمراجعة	يقظة الضمير
اجترار الأفكار	الطاعة العمياء للسلطة
التركيز على التفاصيل التافهة	الولع بجمع الأشياء
التصلب وعدم المرونة	معارضة العمل مع الآخرين
الابتعاد عن المشاركة الاجتماعية	العناد
عدم الاستمتاع بوقت الفراغ	المثابرة والجدل والتحمل
البخل والشح في النواحي المالية	رفض الحلول الوسطى
صعوبة اتخاذ القرارات	النظافة المفرطة
التشدد في المسائل الأخلاقية	المحافظة
صعوبة التعبير عن المشاعر	مقاومة التغيير
صعوبة الاسترخاء (التوتر)	صعوبة الإرضاء
التردد والشك	الحساسية الزائدة
طموح مرتفع جداً لا يحققونه عادة	شعور مضخم بالمسؤولية
المماطلة والتسويف والتأجيل	التمسك الشديد بالنظام
تفضيل النشاطات العقلية على المشاعر	حب الترتيب والدقة

أسباب اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

الدلائل غير متوافرة فيما يختص بأسباب هذا الاضطراب ، ولكن هناك عدداً من العوامل الظاهرة المتعلقة بالملاحظة الإكلينيكية منها :

١- الخصال الوسواسية القهرية مدعمة بشدة في حضارتنا ، فإن الآباء والمعلمين

يستجيبون بشكل إيجابي تماما للولد أو البنت المجتهد المطيع الذي يعمل بجد ، ويكرس الآباء والمعلمون جهداً كبيراً لغرس هذه الصفات .

٢- يورد الأفراد الوسواسيون القهريون عادة تاريخ نشأتهم في بيئة ناقدة ، يتطلب منهم الوالدان التفوق ، ويستجيبون للأخطاء بشكل سلبي ، ويركزون على النتائج أكثر من الجهد المبذول أو النوايا ، ولا يعطون اهتماماً مساوياً لإثابة الإنجازات .

هذان العاملان لهما دور أساسي في تطور الاضطراب (Freeman, *et al.*, 1990,p. 256) .

ولكن يبدو أن هناك دوراً مؤثراً للوراثة في هذا الاضطراب على الرغم من أن هذا الدور يبدو ضعيفاً . وبعض الأفراد مهيؤون لتفضيل التنظيم في حياتهم ، ولكن ذلك يتطلب دعماً من الوالدين لكل من المجاراة والامتثال والخضوع ، فضلاً عن الدقة والإحكام والنظافة والترتيب (Barlow & Durand, 1995,p.550) .

معدلات الانتشار

يبدو أن هذا الاضطراب يتم تشخيصه مرتين أكثر لدى الذكور بالنسبة إلى الإناث . وقد دلت الدراسات الحديثة التي استخدمت قياسات منتظمة على أن تقديرات انتشار اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية زهاء ١٪ في العينات المستمدة من المجتمع ، ويتراوح معدل الانتشار بين ٣٪ و ١٠٪ تقريباً من الأفراد الذين يتقدمون إلى عيادات الصحة النفسية (APA,1994,p.671) ، في حين تورد «وايزمان» معدل انتشار قدره ٤٪ (Op. Cit. p. 519) .

الجوانب المتعلقة بالثقافة

عند تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يجب على الإكلينيكى القائم بعملية التشخيص ألا يدرج تلك الأنواع من السلوك التي تعكس العادات والتقاليد وأساليب العلاقات بين الأفراد التي تجيزها وتقرها الجماعة المرجعية لهذا

الفـرد ، فبـعـض الثـقـافـات تـركـز بشـدة على العـمل والإنتـاج ، ومن ثم تكون أنواع السلوك الناتجة لدى أعضاء هذه المجتمعات غير مشيرة إلى اضطراب الشخصية الوسواسية القهريـة (APA,1994,p.671) .

الملامح والاضطرابات المرتبطة

عندما لا تملى القواعد والإجراءات المستقرة الإجابة الصحيحة يصبح اتخاذ القرار مستهلكا للوقت ، وكثيراً ما يكون عملية مؤلمة ، إن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لديهم مثل هذه الصعوبة في أن يقرروا أي عمل تكون له الأولوية ، أو ما الطريقة المثلى في القيام بأعمال معينة بحيث إنهم قد يبدأون في أي شيء . إنهم معرضون كي يصبحوا مضطربين أو غاضبين في المواقف التي لا يقدرون فيها على تحقيق السيطرة على بيئتهم الفيزيائية (الطبيعية) أو بخصوص العلاقات مع الآخرين ، على الرغم من أنهم لا يعبرون عادة عن غضبهم بشكل مباشر ، مثال ذلك أن الشخص يغضب عندما تكون الخدمة في المطعم سيئة ، ولكن بدلاً من أن يقوم بالشكوى للإدارة فإن الفرد يجتر فكرة مفادها : مـا مقدار «البقشيش» الذي سيعطيه . وفي مناسبات أخرى قد يعبر عن الغضب بسخط مسوغ من الناحية الأخلاقية بالنسبة لأمر يبدو بسيطاً .

وغالباً ما ينتبه مثل هؤلاء الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب إلى مكانتهم أو مركزهم النسبي في علاقات السيطرة والخضوع ، ويكشفون عن احترام وإذعان زائدين للسلطة التي يحترمونها ، ومقاومة ومعارضة شديدتين للسلطة التي لا يحترمونها .

ويعبر المصابون بهذا الاضطراب عادة عن عواطفهم بطريقة محكومة ومتكلفة ورسمية ، وقد يتضايقون جداً في حضرة الآخرين الذين يعدون معبرين من الناحية الانفعالية . وتتسم علاقاتهم اليومية بأنها ذات نوعية رسمية وشكلية جادة ، ويمكن أن يكونوا غلاظاً يتصفون بالقسوة في المواقف التي يمكن أن يكون فيها الآخرون مبتسمين وسعداء (مثال ذلك : تحية المحب في المطار) ، إنهم يكبحون أنفسهم بعناية حتى يكونوا متأكدين من أن أي شيء سيقولونه سيكون كاملاً . ويمكن أن ينشغل هؤلاء الأفراد

بالمنطق والعقل ، ولا يتسامحون بالنسبة للسلوك الانفعالي للآخرين . ولديهم صعوبة في التعبير عن المشاعر الرقيقة عادة ، ومن النادر أن يقدموا المديح والمجاملات للآخرين ، ويواجه هؤلاء المضطربين صعوبات وضغوطاً في مهنهم ، وبخاصة عندما يواجهون مواقف جديدة تتطلب المرونة والحلول الوسطى .

وعلى الرغم من أن بعض الدراسات تفترض رابطة بين هذا الاضطراب واضطراب الوسواس القهري المندرج تحت طائفة اضطرابات القلق ، فيبدو أن الأكثرية العظمى من الحالات في اضطراب الوسواس القهري ليس لديهم نمط السلوك الذي يحقق محكات اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية . وكثير من ملامح اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية تتداخل مع الخصائص المميزة للشخصية من النمط «أ» Type A personality مثل العدوانية ، والتنافسية وضغط عامل الوقت والحاحه ، وهذه الملامح الأخيرة يمكن أن توجد لدى الأشخاص المعرضين للإصابة باحتشاء عضلة القلب Myocardial infarction . وقد تكون هناك رابطة بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية واضطرابات المزاج والقلق (APA,1994,p. 670f) . ويؤدي بنا ذلك إلى بحث التشخيص الفارق لهذا الاضطراب .

التشخيص الفارق

على الرغم من التشابه في الأسماء بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية OCPD واضطراب الوسواس القهري OCD ، فإنه يمكن التفرقة بينهما بسهولة على أساس الوجود الحقيقي لكل من الوسباوس والأفعال القهرية . إن الإكلينيكي يجب أن يفكر في تشخيص اضطراب الوسواس القهري ويأخذه بعين الاعتبار بوجه خاص عندما يكون الخزن أو التخزين Hoarding متطرفاً ، مثال ذلك أن تتجمع كومات أو مقادير كبيرة من أشياء لا قيمة لها ، مع وجود خطر اشتعال حريق نتيجة لها ، وتجعل من الصعب على الآخرين أن يسيروا في المنزل .

وعندما تتحقق المحكات او المعايير الخاصة بكلا الاضطرابين فيجب أن يسجل التشخيصان .

وقد تعد سمات الشخصية الوسواسية القهرية - في صورتها المعتدلة - تكيفية ومرغوبة بوجه خاص ، وبالأخص في المواقف التي يثاب فيها الأداء المرتفع ، ولكن عندما تكون هذه السمات غير مرنة ، وغير توافقية ، ومداومة ، وتسبب تأخيراً وظيفياً وإعاقة واضحة ، أو تسبب ضيقا وكربا ذاتيا ، في هذه الحالات فقط فإنها تكون اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (APA,1994,p. 671) .

العلاقة بين اضطرابي الوسواس القهري والشخصية الوسواسية

كانت طبيعة العلاقة بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس القهري موضوعا لكثير من الجدل . وقد أثبت عدد من الدراسات المبكرة الفرض القائل بأن اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية سابق على اضطراب الوسواس القهري ومنذر به ، فيذكر «جينايك» أن دراستين قد برهنتا على أن نصف مرضى اضطراب الوسواس القهري كان لهم شخصية وسواسية قبل إصابتهم بالمرض ، وتتسم هذه الشخصية بالترتيب والنظام والشك والاتكالية والتفكير غير الحاسم والأفعال المترددة وكراهية التغيير والاكتئاب (Jenike, 1983) .

كما افترض «شابيرو» أنه عندما يقع صاحب الشخصية الوسواسية القهرية تحت الضغط فإنه يستجيب لذلك بتطوير اضطراب الوسواس القهري . وهذا فرض مهم لأنه إذا صدق فإنه يمكن أن يقدم لنا وسيلة للتنبؤ المسبق بمن يمكن أن يكون في خطر الوقوع في هذا الاضطراب . ولسوء الحظ فإن الدلائل على هذا الفرض غير مقنعة .

إن الفرق الحاسم بين الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس القهري يكمن في مدى «حب» الشخص بأن يحوز هذه الأعراض وتكون لديه ، فصاحب الشخصية الوسواسية القهرية ينظر إلى ما يقوم به من تدقيق وحب للتفاصيل بالفخر ويتوقير الذات وتقديرها ، على أن الأمر مختلف لدى الشخص المصاب باضطراب

الوسواس القهري ، فإن هذه الخصال بغيضة وممقوتة ومثيرة للاشمئزاز ، وغير مرغوبة ، ومصدر عذاب وقلق ، إنها غريبة عن الذات ومغتربة عنها .

وعندما ننظر في الحقيقة إلى شخصية الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري نجد أن هناك دليلاً صغيراً وغير مقنع بأن لديهم أيضا شخصية وسواسية قهرية . ومعظم مرضى الوسواس القهري ليس لديهم تاريخ سابق لشخصية وسواسية ، وقليل من الناس الذين لديهم شخصية وسواسية يطورون اضطراب الوسواس القهري .

وقد أجرى «ريكمان ، وهودجسون» في مستشفى «مودسلى» بلندن دراسة مهمة بوساطة قائمة مودسلى للوسواس القهري التي وضعاها ، واستنتجا من هذه الدراسة أن الشخصية الوسواسية القهرية ليست سابقة أو منذرة باضطراب الوسواس القهري ، وأن الأشخاص الذين يتصفون بالتدقيق الشديد ويمارسون حياة منظمة جدا ليس لديهم احتمال كبير لتطوير اضطراب الوسواس القهري أكثر من أي فرد آخر (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 271) .

إن اضطراب الوسواس القهري ليس شكلا عنيفا من اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ، فإن الأكثرية العظمى من مرضى الوسواس القهري لم يكن لديهم أعراض وسواسية قبل إصابتهم بالمرض ، ومن ثم فإن مثل هذه السمات ليست ضرورية ولا كافية لتطوير اضطراب الوسواس القهري . وتوجد لدى نسبة من ١٥٪ إلى ٣٥٪ من المرضى تقريباً سمات وسواسية قبل إصابتهم بالمرض بالمقارنة إلى ٥٠٪ من المرضى الوسواسيين القهريين الذين لم تكن لديهم مثل هذه السمات (Kaplan & Sadock, 1991, p. 405) .

وأكدت الدراسات الأحدث استقلال الاضطرابين ، ومن الممكن أن تكون بعض الجوانب المنهجية مسؤولة عن هذه النتائج المتضاربة ، ومنها عوامل مثل : المصدر الذي يحيل المرضى ، والطريقة المستخدمة لقياس الشخصية ، والمحكات التشخيصية المستخدمة في كل دراسة ، فقد ظهر مثلا أن استخدام محكات الدليل التشخيصي والإحصائي

الثالث المعدل يؤدي إلى معدلات انتشار أعلى بوضوح لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية تفوق نظيرتها عند استخدام محكات الدليل التشخيصى والإحصائي الثالث .

إن الأعراض التي يكشف عنها مرضى اضطراب الوسواس القهري مختلفة وغير متجانسة تماماً ، فإن كلا من شكل الأعراض الوسواسية القهرية ومحتواها يمكن أن يختلف بطريقة «درامية» من مريض إلى آخر ، بالإضافة إلى اختلافها لدى المريض الواحد عبر الزمن . ومن ثم فقد يكون شكل معين من السلوك الوسواسي القهري أكثر ارتباطاً بالشخصية الوسواسية القهرية من أشكال أخرى لأعراض اضطراب الوسواس القهري .

وإذا صدق هذا الفرض فإن معدل الحدوث المرضى المشترك Comorbidity لاضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يمكن أن يختلف من دراسة إلى أخرى بوصفه دالة للتجمع الفريد لأعراض اضطراب الوسواس القهري داخل كل عينة من المرضى .

وقد فحص باحثون كثيرون الفروق بين مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يكشفون سلوك «الاغتسال» Washing وأولئك الذين يظهرون سلوك «المراجعة» Checking ، حيث إن هذين النوعين هما النمطان الفرعيان السائدان لدى الوسواسيين القهريين . ويغلب على المرضى الذين يكشفون عن سلوك قهري متصل بالاغتسال أن تكون بداية المرض عندهم حادة ، مع وجود عامل مرسب Precipitating واضح ، وبداية متأخرة عن متوسط السن الذي يبدأ فيه اضطراب الوسواس القهري عامة . ويميل المرضى الذين يظهرون سلوك الاغتسال أيضاً إلى أن يكونوا إناثاً ، متزوجين ، يعملون في مهن غير ماهرة . وعلى العكس من ذلك فإن المرضى الذين يكشفون عن سلوك «المراجعة» يميلون إلى أن يكونوا : غير متزوجين ، ذكوراً ، يبدأ المرض لديهم في سن مبكرة ، لا يرتبط المرض عندهم عادة بأي عامل مرسب ، كما يميل «المراجعون» أيضاً إلى أن يستخدموا في المهن الفنية .

وظهر كذلك أن وساوس «المراجعة» تأخذ شكل الشكوك والإدانات (الاتهامات)

التي تعبر عن اعتقاد راسخ لدى المريض ، في حين أن وساوس النمط الذي يركز على سلوك «الاغتسال» تظهر عادة على شكل مخاوف . ويتركز محتوى وساوس المراجعين على النشاطات اليومية ، وفي مقابل ذلك فإن موضوعات مثل القذارة ، والمرض ، والدين تشيع لدى أصحاب وسواس الاغتسال .

وتثير مخاوف أصحاب وسواس الاغتسال مثيرات خارجية ، في حين أن أصحاب وساوس المراجعة منشغلون أكثر بالضرر الذي يمكن أن يحدث في المستقبل . ويدرك المراجعون أمهاتهم (لاآباءهم) على أنهن مدققات وسواسيات ، ويفرضن على الطفل مطالب كثيرة وواجبات .

وينظر بعض الباحثين إلى أصحاب السلوك القهري المتعلق بالمراجعة على أنه شكل من التجنب Avoidance النشط الفاعل الذي يرتبط بالخوف من النقد ، ويتركز حول موضوعات متصلة بالمسؤولية ، وهو نمط موجه نحو المستقبل ، وله طبيعة وقائية ، وبه مكون أساسي متصل بالخوف يدور حول أفكار الكارثة (أي أن مصيبة على وشك الوقوع) .

وعلى النقيض من ذلك فقد وصف «ريكمان ، وهوجسون» السلوك القهري المتعلق بالغسل على أنه شكل من أشكال التجنب السلبي ، المصمم لخفض القلق بإعادة تشكيل البيئة إلى حالة من الأمان .

وأجرت «ناتالى جيبز» ، و«توماس أولتمانز» دراستهما على أساس فرض رابطة فارقة بين السلوك القهري المتصل بكل من المراجعة والاغتسال مع سمات الشخصية الوسواسية القهرية في عينة غير مرضية ، وحيث إن سلوك المراجعة وسمات الشخصية الوسواسية القهرية يشتركان معاً في التوجه نحو المستقبل وبنية الخوف ووظيفته ، فقد توقع الباحثان أن يرتبط سلوك المراجعة - بدرجة مرتفعة - بسمات اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية أكثر من سلوك الاغتسال ، وقد صدق الفرض .

ومما تشير إليه نتائج هذه الدراسة أن المراجعة القهرية واضطراب الشخصية

الوسواسية القهرية ليسا من الظواهر المستقلة ، فقد يكون الاضطرابان قد تطورا نتيجة لخبرة مبكرة مشتركة كالتعرض لأسلوب والدي زائد التحكم أو الضبط ، وهناك اتفاق بين الباحثين على أن وجود والد يقيد أفعال ابنه ، خشن ، وناقد يعد ممهداً لتطوير اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية . وهذا الوصف الأبوي شبيه بنمط المراجعة في اضطراب الوسواس القهري . ومن الممكن أن نفترض أنه في ظل الظروف غير المواتية فإن الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يكونون معرضين لتطوير شكل من أشكال اضطراب الوسواس القهري (المراجعة) (Gibbs & Oltmanns, 1995) .

وخلص مسح للدراسات في هذا المجال إلى أن الشخصية الوسواسية القهرية يمكن تمييزها إحصائياً بوساطة التحليل العاملي عن الأعراض الوسواسية القهرية بوصفها ظاهرة محددة ، في أن الأعراض الوسواسية القهرية ترتبط ارتباطاً إيجابياً بمقاييس العصابية ، في حين لا ترتبط بها الشخصية الوسواسية القهرية . وقد استنتج «بولاك» أنه على الرغم من أن الدراسات أوردت أن الشخصية الوسواسية القهرية تحدث قبل المرض Premorbidly فإنها ليست شرطاً ضرورياً ولا كافياً لتطوير اضطراب الوسواس القهري (Bear & Jenike, 1991) .

ويمكن أن يستنتج من عدد غير قليل من الدراسات الحديثة أن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يحدث مع عدد من الاضطرابات المختلفة للشخصية ، وأن الشخصية الوسواسية القهرية ليست هى الخاصية قبل المرضية الأكثر شيوعاً .

إن مفهوم اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية OCPD مفهوم خلافي مثير للجدل ، وقد نقد كثيراً ، ولكن ذلك لا يمنع من فحص العلاقة بين السمات والأعراض . هذا بالإضافة إلى أن كثيراً من أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية قد تكون ناتجة عن المزاج ، مثال ذلك أن كثيراً من الناس الذين أصيبوا بالاكتئاب قرروا عدم الحسم ، كما أن الاكتئاب يصاحب اضطراب الوسواس القهري عادة (Rosen & Tallis, 1995) .

موجز القول إن هناك تفاعلاً معيناً وعلاقة ما بين المكونات السلوكية لاضطراب الوسواس القهري وسمات الشخصية الوسواسية القهرية ، مع خلاف كبير بين الباحثين في هذا الصدد .

ملاحظة مهمة :

عرض هذا الفصل فقط لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (OCPD) ، أما بقية فصول هذا الكتاب فإنها تقدم مختلف جوانب اضطراب الوسواس القهري (OCD) ، وهناك - كما بينا في ثنايا هذا الفصل - فروق أساسية بينهما .

ملخص

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية اضطراب آخر غير اضطراب الوسواس القهري ولكنه متداخل معه . ويتسم المرضى بالاضطراب الأول بالانشغال بالكمال أو الخلو من العيوب ، ويجعلهم ذلك عاجزين عن تكملة المطلوب إنجازه بنظام زمني محدد ، مع تركيز شديد على التفاصيل ، واتصاف بالتصلب أو عدم المرونة ، مع ميل إلى البخل والشح في النواحي المالية ، وصعوبة اتخاذ القرارات .

ومن الجوانب الإيجابية لدى أصحاب الشخصية الوسواسية القهرية التركيز على العمل والإنتاج ، والدقة في المواعيد ، والحرص ، والنظامية أو المنهجية ، والمثابرة ، والتأني في الفعل والفكر ، ولديهم معايير أخلاقية متشددة لهم ولغيرهم ، مع يقظة الضمير .

وأهم الملامح التشخيصية الأساسية لهذا الاضطراب هي الانشغال بالترتيب ، والنزعة إلى الكمال ، والسيطرة العقلية على العلاقات بين الأفراد والتحكم فيها ، مع استبعاد أنشطة وقت الفراغ والصداقة . وقد خضعت طبيعة العلاقة بين اضطرابي الوسواس القهري والشخصية الوسواسية القهرية لكثير من الدراسات ، وافترض أن الأخير سابق على الأول ومنذر به ، ولكن دراسات أخرى لم تثبت هذه العلاقة ، وعدت

أن اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ليس شرطاً ضرورياً ولا كافياً لتطوير اضطراب الوسواس القهري . ومع ذلك فإن بعض التداخل والتفاعل بين المكونات السلوكية للاضطرابين أمر موجود .

* * *

الفصل الثاني عشر

الأسباب

تمهيد :

ما الذي يسبب اضطراب الوسواس القهري ؟ لقد قدمت خمس نظريات أساسية تفسر أسباب Aetiology هذا الاضطراب ، وهى : التحليلية النفسية ، والسلوكية ، والمعرفية ، والسلوكية المعرفية ، والحيوية . ولكن البيانات المتصلة بأسباب هذا الاضطراب ضعيفة إلى حد كبير ، وفي حالات كثيرة لا يمكن التوصل إلى الوقت المحدد الذي بدأ فيه الاضطراب ، وفي الحالات ذات البداية الحادة لا يوجد غالباً حادث مرسب واضح ، على الرغم من أنه ورد في دراسات كثيرة أن الضغوط والمشقة من كل نوع - في فترة معينة من الوقت - تؤدي إلى بداية الاضطراب . وهذه الضغوط ذات نوع عام مثل : العمل الزائد ، وضغوط العمل ، والمشكلات الجنسية والزواجية ، ومرض شخص حميم أو وفاته (de Silva,1998) . ونعرض فيما يلي لهذه النظريات الخمس .

نظرية التحليل النفسي

يرى «فرويد» أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي ، نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام (التواليت) . ويحدث الصراع - خلال التدريب على الحمام - بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعاً لإرادته ، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات .

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك ، وعندما يكون هذا

التدريب مبكراً جداً أو متأخراً جداً ، أو عندما يمر الطفل بخبرة هذا التدريب على أنه محبط جداً فإن صراع «الوالد – الطفل» يقوى ، وينجم عن هذا الصراع تثبيت شرجي ، ويترتب عليه بعد ذلك نمو الطبع الشرجي Anal character وتطوره لدى الطفل ، وما هذا الطبع سوى الوسواس القهري . وتبعاً لـ «فرويد» ، ينتج عن ضغوط الحياة عندما يكبر الطفل نكوص Regression إلى المرحلة الشرجية ، والتي هى أساس الوسواس القهري .

ويقوم عدد من الحيل الدفاعية Defense mechanisms – تبعاً لوجهة نظر التحليل النفسي– بدور في اضطراب الوسواس القهري . والحيل الثلاث المسيطرة هي : الإبطال Undoing ، والعزل الانفعالي Emotional isolation ، والتكوين العكسي Reaction formation . وربما كان الإبطال أكثرها ظهوراً ، ويمكن تمييزه مباشرة لدى الفرد الذي يشعر بأنه مجبر على الانشغال بفكرة أو عمل ، وذلك حتى يبطل أو يلغى حادثاً سلبياً .

والعزل الانفعالي هو الحيلة الدفاعية التي تكبت بها الأفكار والتخيلات الوجدانية في اللاشعور ، وعندما تكون هذه الدفاعات فعالة فإنها تصفي أو تنقى هذه النوبة أو الفورة قبل وصولها إلى الوعي . أما الحيلة الدفاعية الثالثة فهي التكوين العكسي ، وهو إطلاق السلوك مباشرة في مواجهة الدفعات اللاشعورية . ويُعتقد أن الدفعات العدوانية الكامنة وراء اضطراب الوسواس القهري يتم قمعها ، ولذلك يبدو المريض على أنه يراعى الآخرين ، ومتعاون ، وخلو من الغضب (McCarthy & Foa,1990) .

كما يرى أصحاب النظريات التحليلية النفسية (الدينامية) أن اضطراب الوسواس القهري يمثل حربا بين «الهو» Id و«الأنا» Ego ، وهذا الاضطراب – مثله في ذلك مثل اضطرابات القلق الأخرى – يتطور عندما يبدأ الأطفال في الخوف من دفعاتهم الغريزية «الهو» ، ويستخدمون حيل «الأنا» الدفاعية لتخفيض القلق الناتج . ويفترض أن التفاعل بين دفعات «الهو» والحيل الدفاعية «للأنا» يحدث على مستوى لا شعوري . ولكن «الأنا» يكون واعياً لدفعات «الهو» ، ويعرف أن هذه الدفعات يجب ألا يُسمح لها بالتعبير الحر ، ولكن جهود الأنا للدفاع ضد التعبير عن هذه الدفعات أو ضد القلق الناتج عن هذه

الدفعات جهود مستترة ومختفية عادة .

والملامح الواسمة لاضطراب الوسواس القهري هي أن المعركة بين دفعات «الهو» المثيرة للقلق والحيل الدفاعية المخفضة للقلق تحدث بطريقة صريحة جداً . وتتخذ دفعات «الهو» عادة شكل الأفكار الوسواسية ، وتظهر دفاعات «الأنا» على شكل أفكار مضادة أو أفعال قهرية . وهذه الآلية جاهزة للعمل- مثلاً - عندما تلح على ذهن المرأة صور متخيلة لأعضاء الأسرة وقد أصيبوا إصابات مرعبة ، وتضاد هذه الأفكار وتقابلها بمراجعة أساليب الأمان في المنزل بشكل متكرر (وهذه حالة واقعية) . أو عندما يقوم الرجل بمنع أفكاره الجنسية ، ويبعد نفسه عنها باستمراره في طقوس الاغتسال أو بتجنب المضمون الجنسي في محادثاته بشكل دقيق ووسواسى (حالة واقعية) .

ويعتقد «فرويد» أنه خلال المرحلة الشرجية من التطور (قرابة عامين من العمر) يمر بعض الأطفال بخبرة الغيظ والعار التي تغذي المعركة وتذكي نار الصراع (بين الهو والأنا) ، وتجهز المسرح لعمل الوسواس القهري (Comer, 1992,p.211) .

ينظر أصحاب هذه النظرية إلى التفكير الوسواسي إذن على أنه «دفاع» ضد فكرة لا شعورية لا يرحب الفرد بها تماما . وتتضمن هذه العملية الدفاعية إزاحة Displacement أو استبدالا Substitution بصراع أصلى (جنسي عادة في طبيعته) فكرة أقل تهديداً ، ويكون السياق الذي يحدث كما يلي : تحدث فكرة لا شعورية خطرة مثل «والدتي يمكن أن تموت من الحمى» في حالة المرأة التي سبق ذكرها وتعانى من وسواس اللون والحرارة (انظر ص ٢٠٦) ، وتهدد باقتحام شعور المريضة ، ويتسبب ذلك في إثارة القلق ، وللدفاع ضد هذا القلق يقوم الفرد -لا شعورياً - بإزاحة هذا القلق من الفكرة الأصلية المرعبة إلى بديل أقل إزعاجاً ، مثل الحرارة والألوان النارية في حالة السيدة التي عرضنا لها . ولهذا الدفاع منطق داخلي قوى ، والأفكار البديلة للفكرة الأصلية الكامنة ليست اعتباطية ، فإن الألوان النارية الساخنة ترمز إلى الحمى التي كان للأم المريضة أن تموت بسببها .

والحالة الأصلية لعصاب الوسواس عند فرويد هي «الرجل الفأر» Rat man ، والتي نشرها عام ١٩٠٩ ، وتبين منطق الدفاعات الوسواسية.

حالة «الرجل الفأر» :

اشتق اسم الرجل الفأر من الصور التخيلية الوسواسية للفئران التي كان هذا الرجل يعانى منها ، كما كانت تستحوذ عليه مجموعة أخرى من الأفكار الوسواسية وتعذبه ، وكانت ذات طبيعة عنيفة غالباً . وكان هذا الرجل الفأر قد فقد بضعة أسابيع من الدراسة بسبب ضيقه من غياب صديقته ، فقد تركته لترعى جدتها لأمها في مرضها الخطر . وعندما كان يحاول أن يستذكر دروسه كانت فكرة وسواسية تقتحم عقله : «إذا صدرت لك الأوامر بقطع حلقك أو حنجرتك بوساطة موسى الحلاقة - ماذا يحدث الآن؟» .

وفسر «فرويد» ذلك بأنه نتيجة غيظ Rage لا شعوري غير مقبول تماماً ، وكان يهدده بشدة وهو : « يجب أن أذهب وأقتل هذه العجوز لأنها سلبت منى حبي وسرقته» . وكان الرجل الفأر رجلا أخلاقيا سامي المبادئ نبيل المشاعر ، وواجهته هذه الفكرة الرهيبة ، وطرقت أبواب الشعور لديه ، فاستبدل بها أمرا أكثر قبولا : «اقتل نفسك» ، وهذا عقاب مناسب لوحشيته ورغباته القاتلة .

وتبين النظرية الدينامية النفسية من سيطور وسواساً استجابة لصراع داخلي كامن مثير للقلق ، والمضمون الذي سيتخذه الوسواس ليرمز إلى الصراع الداخلي . وتوضح الحالة التالية التي أوردها «لوغلن» : «وسواس قتل الأطفال» لماذا يصبح فرد ما معرضاً لشكل معين من الوساوس ويطورها .

حالة «وسواس قتل الأطفال» :

«فريدة» أم في الثانية والثلاثين من عمرها ، لها طفلان ، لديها أفكار وسواسية تدور حول إيذاء طفليها وقتلهما ، وكذلك زوجها ، ولكن بشكل أقل تكراراً بكثير ، وكما كانت هذه الأفكار مهددة كانت كذلك مثيرة للذنب بقدر ما كان الفعل ذاته مريعاً .

وكشف العلاج عن دفعات أكثر تهديداً نابعة من طفولتها ، وحدث لها نقل إلى أطفالها . لقد كانت «فريدة» أكبر ثلاثة إخوة ، وعندما كانت صغيرة جداً عهد إليها بمسؤولية غير مناسبة وهي رعايتهم ، وشعرت «فريدة» بأنها حرمت من حب والديها ، وكانت مغتاظة جداً من أختها وأخيها الأصغر منها ، وكانت تتسلى بخيالات تتصور فيها قتلهما ، وكان يصاحب ذلك ذنب وقلق شديدين ، ونتيجة لذلك استبعدت «فريدة» هذه الخيالات تماماً من الشعور .

وعندما كبرت «فريدة» وأصبحت راشدة كان طفلاها يمثلان أخويها بشكل رمزي ، تدميرهما يمكن أن يجعلها الموضوع الوحيد لحب والديها ، ويريحها من أعباء طفولتها . وكانت زيارات أمها لها تثير وساوسها ، وكانت مهيأة لذلك بوجه خاص ، حيث كان لديها غيظ غير محسوم ومثير للقلق ضد والديها وأخويها . وكان لوساوسها محتوى خاص بالموت ، إذ يرمز إلى موت أخويها ، والذي قد يكون حلا لمشكلة طفولتها .

ومن ثم تنظر وجهة النظر الدينامية النفسية إلى الوساوس على أنها نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للاشمئزاز بشدة والصراعات التي كبتت وتهدد أن تقتحم الشعور ، بما يضع الفرد في خطر الوقوع فريسة الوساوس ، ويتقبل الدفاع بوساطة كل من الإزاحة والإبدال ، ويمده ذلك بآلية مباشرة للراحة ، وفضلا عن ذلك فإن المحتوى الخاص للوساوس التي يكتسبها هؤلاء الأفراد سوف يكون رمزا Symbol للصراع الداخلي الكامن (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 272f) .

موجز النظرية التحليلية النفسية إذن أن أصحابها ينظرون إلى الوساوس والقهر على أنهما متشابهان وينتجان عن قوى غريزية : جنسية أو عدوانية تقعان خارج سيطرة الشخص بسبب التدريب على الحمام «التواليت» بطريقة خشنة مؤلمة جداً ، ومن ثم يثبت الشخص على المرحلة الشرجية . وتمثل الأعراض الملاحظة نتيجة الصراع بين «الهو» والحيل الدفاعية ، وأحياناً يتغلب «الهو» ، وفي أحيان أخرى تتغلب الحيل الدفاعية ، مثال ذلك أن الأفكار الوسواسية المتعلقة بالقتل تقتحم عقل الشخص فتكون قوى «الأنا» هي

المسيطرة ، ولكن الأكثر شيوعا أن الأعراض المشاهدة تعكس العملية الناجحة جزئياً والمتعلقة بإحدى الحيل الدفاعية ، مثال ذلك أن الشخص الذي ثبت عند المرحلة الشرجية قد يقاوم - بتأثير من التكوين العكسي - إلحاح التلوث ، ويصبح مهندماً نظيفاً مرتباً بطريقة قهرية (Davison & Neale, 1996,p. 152) .

تقويم المنحى التحليلى :

لا يتفق كل أصحاب النظريات الدينامية النفسية مع تفسير «فرويد» المتعلق بالتدريب على الحمام ، ولماذا يطور بعض الأطفال دفعات «الهو» العدوانية ؛ إذ يعتقد بعضهم أن الدفعات العدوانية تعكس - ببساطة - حاجة غير مشبعة للتعبير عن النفس ، في حين يرى آخرون أن الدفعات العدوانية محاولة من الطفل للتغلب على مشاعر الجرح وعدم الثقة . وعلى الرغم من ذلك يتفق معظم المنظرين الديناميين على أن مرضى الوسواس القهري قد طوروا دفعات عدوانية عميقة عندما كانوا أطفالا ، وفي الوقت ذاته فقد طوروا حاجة مضادة لذلك مفادها التحكم في هذه الدفعات (Comer, 1992,p. 211) .

وعلى الرغم من أن نظرية التحليل النفسي تعد نظرية شائقة فإنها لم تقدم نفسها للاختبار الواقعى (الإمبيريقى) ، وتقدم الدراسات المتاحة عدداً قليلاً من الأدلة المقنعة التي تؤيد هذه النظرية (de Silva, 1988) . وإذا اتخذنا المعيار العملي لبيان نجاح نظرية ما فإن الدلائل تشير إلى إخفاق التحليل النفسي في علاج اضطراب الوسواس القهري (Stein & Hollander, 1992) .

النظريات السلوكية

يرى أصحاب هذا النموذج أن اضطراب الوسواس القهري يتطور على مرحلتين ، ففي البداية تكون أعراض هذا الاضطراب كالوساوس منبهات قلق حدث لها إشراط تقليدي (بافلوفي) . أما أعراض اضطراب الوسواس القهري التالية مثل تحييد الأفكار أو الطقوس القهرية فهي تتجنب التعرض للمنبهات أو تنهيها وتقلل القلق أو القلق المتوقع .

والدليل غير قوى بالنسبة للمرحلة الأولى ؛ لأن الحوادث الصدمية نادراً ما تؤدي مباشرة إلى اضطراب الوسواس القهري ، ولكن الدليل متوافر بالنسبة للمرحلة الثانية . فقد أكدت التجارب مثلا أن التلوث يؤدى إلى زيادة القلق لدى الوسواسيين المصابين بعرض الاغتسال ، وتؤدي النظافة إلى خفض القلق . وقد نبع من النموذج السلوكي طرق فنية محددة لعلاج الاضطراب مثل التعرض ومنع الاستجابة مما يتسبب في إنهاء الأعراض ، ومن ثم إنهاء معاناة المريض (Stein & Hollander, 1992) .

وتعتمد أكثرية النظريات السلوكية على نظرية العاملين التي وضعها «مورار» Mowrer عام ١٩٣٩ في الخوف والسلوك التجنبي : اكتسابهما والاحتفاظ بهما . وهناك قبول عام لهذه النظرية في تفسير اضطرابات الخوف والوساوس القهرية . وتلا ذلك مزيد من التطوير والإتقان لهذه النظرية من قبل كل من «دولارد ، وميللر» عام ١٩٥٠ ، ومرة ثانية بوساطة «مورار» عام ١٩٦٠ .

وتسلم هذه النظرية - بادئ ذي بدء - بأن حادثا محايدا يصبح مرتبطا بالخوف ، وذلك بأن يقترن بمنبه يعد - بطبيعته - مثيراً للضيق أو القلق . وعن طريق عملية ارتباطية (إشراط تقليدي) تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلى الأفكار والصور المتخيلة القدرة على إحداث الضيق . وفي المرحلة الثانية في سير الأعراض تتطور استجابات الهرب أو التجنب Avoidance لتقلل من القلق أو الضيق الذي تثيره منبهات شرطية مختلفة ، وتستمر هذه الاستجابات بسبب نجاحها في تخفيض القلق . ونتيجة للتعميم الشامل فإن كثيراً من المواقف المثيرة للخوف لدى الوسواسيين القهريين لا يمكن تجنبها بسرعة أو بشكل مباشر . ويعد السلوك التجنبى السلبى - وكذلك السلوك الذي يستخدمه مرضى الخوف الشاذ - غير فعال في السيطرة على القلق ، فتتطور عندئذ أنماط التجنب النشطة في شكل سلوك يتخذ صورة طقوس معينة .

على أن وجود مرحلة اكتساب الخوف في هذا النموذج تعد غير مناسبة ، وقد نقدها كل من «ريكمان ، وويلسون» ، فإن معظم المرضى لا يمكنهم استرجاع الحوادث الشرطية

المرتبطة ببداية العرض ، فإن البداية Onset تلي عادة الحوادث الضاغطة للحياة ، والتي افترض «واتس» أنها تساعد على أن تجعل الفرد حساسا لمنبهات فيها ميل فطرى لإثارة الخوف . وافترض «تيسدال» أن استجابات القلق التي يتم تعلمها في أثناء الخبرات المبكرة يمكن أن تتزايد نتيجة للضغوط . وأثبت «ريكمان» - في المجال نفسه وبالنسبة للوسواسيين القهريين - أن حالة التنبه Arousal المرتفع يمكن أن تؤدي إلى زيادة في حساسية الأفكار ذات الأهمية الخاصة بالنسبة للفرد . وترتبط بهذه الأفكار النظرية التي وضعها «أيزنك» ، ومفادها أن التعرض القصير لحوادث تسبب لدى الفرد انزعاجا فوق عتبة تحمله ينتج عنه زيادة حساسيته ، ومن الممكن عندئذ أن يتم اكتساب الخوف . وتبعا لذلك فإن الأفراد القابلين للتنبه من الناحية الفيزيولوجية (وظائف أعضاء جسمهم) بدرجة مرتفعة قابلون أو مهيئون لتطوير اضطرابات القلق . وفي الحقيقة فإن هناك دلائل تشير إلى أن الوسواسيين القهريين أكثر استجابة Reactive - من الناحية الفيزيولوجية - لتوقع التهديد بالمقارنة إلى الأسوياء .

ولكن هذه البيانات قد استخرجت بعد بداية العرض ، وقد تكون القابلية للتنبه Arousability نتيجة أكثر منها سبباً لاضطراب الوسواس القهري . وعلى الرغم من ذلك فمن المعقول أن نفترض أن التنبه الفيزيولوجي المرتفع الذي يرتبط بضاغط Stressor عام وبعلامات الخوف يمكن أن يحدث مثل هذه الأعراض .

وفي حين أن العوامل المرتبطة باكتساب اضطراب الوسواس القهري مازالت في أساسها غير واضحة ، فإن هناك دليلا على أن الوساوس تثير القلق والضيق ، وأن الأفعال القهرية تقللها . وقد ظهر أن الأفكار الاجترارية تزيد معدل النبض واستجابة توصيل الجلد أكثر من الأفكار المحايدة ، كما أن الاتصال بالموضوعات الملوثة تنتج عنه زيادة في كل من معدل النبض والقلق الذاتي (كما يشعر به المريض) ، فضلا عن مستوى توصيل الجلد .

وقد كشفت سلسلة من التجارب على فئتين فرعيتين من مرضى الوسواس القهري وهما مكثرو الاغتسال والمراجعون بإسراف أن قلقهم يتناقص تالياً

لقيامهم بطقوسهم القهرية ، بعد حدوث دفعة لديهم تحرضهم على القيام بهذه الطقوس (McCarthy & Foa, 1990) .

الوسواس القهري بوصفه سلوكا متعلماً :

النظرية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري تعد هذا الاضطراب سلوكاً متعلماً Learned تم دعمه (أي تقويته وتعزيزه) عن طريق النتائج التي يؤدي إليها ، وإحدى هذه النتائج هو خفض القلق أو الخوف ، فغسل اليدين بصورة قهرية - على سبيل المثال - ينظر إليه على أنه «استجابة هرب إجرائية أو عملية» تخفض من الانشغال الوسواسى بالتلوث بالقذارة أو الميكروبات ، وبالطريقة ذاتها فإن المراجعة القهرية يمكن أن تخفض القلق من كارثة ما ، يتوقع المريض حدوثها إذا لم يقم بطقوس المراجعة .

والقلق كما يقاس بكل من استخبارات التقدير الذاتي وبالاستجابات الفيزيولوجية يمكن أن ينخفض في الحقيقة عن طريق مثل هذا السلوك القهري ، على أن الدراسات بينت أيضاً أنه ليس كل الأفعال القهرية تخفض القلق إلى الدرجة نفسها . وقرر «ريكمان ، وهودجسون» أن المرضى بقهر النظافة يستطيعون خفض قلقهم بدرجة أكبر غالباً من مرضى قهر المراجعة . وفضلا عن ذلك فإن خفض القلق لا يمكن أن يتضمن الوساوس ويشملها ، فإن وساوس مرضى الوسواس القهري عادة تجعلهم قلقين كثيراً ، ويشبه ذلك ما تفعله الأفكار المقتحمة الناتجة عن المنبهات المضايقة لدى الأسوياء ، ومثالها كذلك الفيلم السينمائي المروع .

كيف يمكن إذن تفسير الأفكار الوسواسية ؟ لقد بين «ريكمان ، ودى سيلفا» أن معظم الناس يخبرون أحياناً أفكاراً غير مرغوبة تشبه الوساوس في محتواها ، إلا أن هذه الأفكار لدى الأفراد الأسوياء يمكن تحملها أو طردها ، ولكن الأمر مختلف لدى الأفراد الوسواسيين ، فإن الأفكار يمكن أن تكون بارزة وتثير هماً وقلقاً كبيرين ، فيبدأ الشخص الوسواسي عندئذ في محاولة قمع هذه الأفكار المزعجة بقوة ، مع عواقب غير مواتية غالباً .

وفي تجربة أجراها «وجنار» وزملاؤه على طلاب في الجامعة ، هدفت إلى تعرف ماذا يحدث عندما يُطلب من الشخص قمع فكرة ما ، فطلب من مجموعتين من الطلاب إما أن يفكروا في دب أبيض وإما ألا يفكروا فيه . فكر أفراد إحدى المجموعتين في الدب الأبيض ، عندئذ أخبروا بألا يفكروا فيه ، في حين قامت المجموعة الثانية بالعكس . وقيست الأفكار بأن طلب من الطلاب أن ينطقوا بأفكارهم ، أي : يعبرون عنها صوتياً ، كما قيست بأن طلب منهم أن يقوموا بقرع جرس في كل مرة يفكرون فيها في الدب الأبيض .

واستخرجت من هذه التجربة نتيجتان جديرتان بالاهتمام وهما :

أولا - كانت محاولات كف الأفكار غير ناجحة تماماً .

ثانيا - أن الطلاب الذين قاموا أولا بكف أفكار الدب الأبيض كانت لديهم أفكار تالية أكثر عن الدب ، بمجرد أن انتهت حالة الكف .

إن محاولة كف فكرة ما يمكن أن يكون لها مع ذلك تأثير عكسي ، مفاده حدوث انشغال بهذه الفكرة ، وفضلا عن ذلك فإن محاولات قمع الأفكار غير السارة ترتبط - بشكل نموذجي - بحالات انفعالية عميقة ، تنجم عنها رابطة قوية بين الفكرة التي تم قمعها والانفعال . وقد يؤدى الانفعال القوى - بعد محاولات عدة للقمع - إلى عودة هذه الفكرة ، يصاحبها زيادة في المزاج السلبي ، ويمكن أن يؤدى ذلك إلى زيادة في القلق (Davison & Neale, 1996,p. 153) .

تمثل الوساوس - تبعا لنظرية التعلم - إذن منبهاً شرطياً للقلق ، حيث أصبح منبه محايد نسبياً مرتبطاً بالخوف أو القلق خلال عملية إشراط استجابية ، بأن يقترن بحوادث قلقة بطبيعتها أو مسببة للقلق ، ومن ثم تصبح الموضوعات والأفكار التي كانت محايدة منبهات شرطية قادرة على إثارة القلق أو عدم الراحة . ويتكون القهر بطريقة مختلفة ، فإن الفرد يكتشف أن فعلا معينا يقلل من القلق المرتبط بالأفكار الوسواسية ؛ ولذا تتطور خطط التجنب الفاعلة على شكل قهر أو سلوك طقوسي للسيطرة على القلق . وبالتدريج

ونتيجة لفاعليتها في تقليل حافز ثانوي مؤلم (القلق) فإن خطط التجنب تصبح ثابتة بوصفها أنماطاً متعلمة للسلوك القهري (Kaplan & Sadock, 1991,p. 405) .

مفهوم تعلم التجنب :

يتضمن الوسواس القهري مفهوم تعلم التجنب Avoidance Learning ، لأن مريض الوسواس القهري - تبعاً لوجهة النظر هذه - يقوم بسلوك المراجعة معتقداً أن الانشغال بالسلوك القهري الخاص بمراجعة موقد الطهي مئات المرات كل يوم يمكن أن يمنع كارثة من أن تحيق بالأسرة . وفي هذه الحالة فإن حدوث القهر واستمراره يمكن أن يفسر بوساطة تعلم التجنب ، انظر إلى هذه الحالة وهى عن «ريكمان ، وهودجسون» .

حالة «مخاوف التلوث والعدوى» :

«غادة» أم عمرها ٣٨ عاماً ، لها طفل واحد ، استحوذت عليها مخاوف من التلوث طوال فترة الرشد من حياتها ، تراودها ـ مئات المرات كل يوم - أفكار بأنها قد أصيبت بعدوى من الجراثيم ، وبمجرد أن تبدأ «غادة» في أن تفكر أنها أو طفلها قد يصابا بالعدوى فإنها لا تستطيع أن تطرد هذه الفكرة من عقلها . وينتج عن هذا الانشغال الدائم بالعدوى سلسلة من طقوس الاغتسال والتنظيف تستغرق معظم يومها . وقد حددت «غادة» لطفلها حجرة واحدة فقط حصرته فيها ، وهى الحجرة التي اجتهدت هذه المرأة في أن تحتفظ بها متحررة تماماً من الجراثيم ، وذلك بعد حكها وغسلها من الأرض حتى السقف مرات عدة كل يوم ، وفضلا عن ذلك فإنها تفتح كل الأبواب وتغلقها بقدمها حتى تتجنب تلويث يديها (Rosenhan & Seligman, 1995,p.128,p.266) .

أثر الخبرات المبكرة :

افترض بعض الباحثين السلوكيين أن المرضى باضطراب الوسواس القهري كانت لهم خبرات مبكرة في حياتهم قامت بتعليمهم أن «بعض الأفكار خطرة وغير مقبولة» . وقد تعلموا ذلك من خلال العملية نفسها الموجودة في المخاوف المرضية التي أقنعت

الشخص الذي يخاف الثعابين خوفاً مرضياً شديداً ، بأن الثعابين خطرة ، وأنها يمكن أن توجد في كل مكان وحتى في المدينة .

ويقوم مرضى الوسواس القهري بعملية مساواة بين الأفكار وأفعال أو نشاطات معينة تمثلها الأفكار ، وهي خاصية لدى بعض الأفراد الذين توجد عندهم اعتقادات دينية متطرفة ، وكان أحد المرضى في عيادة «بارلو ، ودوراند» يعتقد أن وجود فكرة عند الإنسان عن الإجهاض هو المكافئ الأخلاقي لحدوث الإجهاض ، بمعنى أن وجود الفكرة أو الدفعة فقط يعد خطيئة كالإتيان بالفعل نفسه .

إن الاعتقاد بأن بعض الأفكار غير مقبولة ، ومن ثم يجب أن تقمع ، يمكن أن يجعل الشخص في خطورة كبيرة للوقوع فريسة اضطراب الوسواس القهري . وقد لقيت هذه الفكرة بعض التأييد من الدراسات الحديثة في الآونة الأخيرة (Barlow & Durand, 1995,p. 198) .

مفهوم خفض القلق :

يركز السلوكيون على القهر أكثر من الوساوس ، فافترضوا أن هذا السلوك المتكرر يتطور من خلال عملية إشراط إجرائي ، وتبعا لهذه النظرية فإن الناس يعثرون في البداية على الأفعال القهرية بالمصادفة وبشكل عشوائي تماما ، ففي الموقف المثير للقلق يحدث أو يصادف أنهم يغسلون أيديهم ، أو يلبسون بطريقة معينة ، أو يقومون بأفعال محددة بترتيب خاص ، وعندما يزداد الخطر أو التهديد فإنهم يربطون تحسن الموقف بمثل هذه النشاطات التي تصادف حدوثها في الوقت نفسه . وقد يعتقدون أن أفعالهم تلك تجلب لهم الحظ السعيد أو تغير من الموقف فعلاً ، ثم يقومون بالأفعال ذاتها مرة ثانية في المرة التالية عندما يجدون أنفسهم في عسر أو شدة ، فكثير من طلاب الجامعة مثلا سيطورون أشكالاً بسيطة من السلوك القهري خلال فترات الامتحان العصيبة كالامتحان النهائي .

ويزيد تكرار علاقات من هذا النوع من احتمال أن هؤلاء الناس سوف يربطون بين أفعال معينة وخفض القلق ، ويستمرون في القيام بهذه الأفعال لخفض القلق . وقد تصبح

هذه الأفعال في الحقيقة طريقتهم الأساسية في تجنب القلق أو خفضه .

واشتقت وجهة النظر السلوكية هذه للسلوك القهري من تجارب «سكينر» Skinner المبكرة على سلوك الخرافة Superstition لدى الحمام ، فقد قدم الطعام للحمامة في فترات زمنية منتظمة بصرف النظر عما تقوم به . وعلى الرغم من أن الإطعام كان يعتمد على الزمن وحده فإن كل حمامة تصرفت فيما بعد كما لو كان سلوك ما ضرورياً للحصول على الطعام ، وكررت كل حمامة فعلا ما صادف أن قامت به مباشرة قبل الإطعام لأول مرة ، فظلت حمامة تطير في عكس اتجاه عقارب الساعة ، في حين كانت أخرى تواصل الجري إلى ركن من القفص (Comer,1992, p.212f) .

وعلى المستوى الآدمي فكثير من طقوس الوسواسيين تدعم عن طريق المصادفة عندما ينتج عنها ويترتب عليها نتائج إيجابية عند القيام بسلوك معين . فقد يصر الطالب على أن يؤدي كل امتحاناته بقلم واحد معين فقط يرتبط في ذهنه بنجاح سابق ، كما يقرر الرياضيون أنهم يستمرون في لبس الزي القذر نفسه ما دام نجاحهم مستمراً . وعلى الرغم من أنه لا علاقة واقعية بين هذه السلوكيات ونتائجها المرغوبة أو المرفوضة فإن الوسواسي يمكن أن يتصرف كما لو كانت مثل هذه العلاقات موجودة (Sue, *et al.*,1990,p.165) .

وتتفق تجارب «ستانلى ريكمان» وزملائه مع التفسير الإجرائي للسلوك القهري ، ففي إحدى التجارب على اثنى عشر مريضا لديهم طقوس الاغتسال القهري لليدين ، وضعوا بحيث يكونون متصلين بأشياء يعدونها ملوثة . وكما تنبأ السلوكيون ، فإن القيام بطقوس غسل اليدين لدى هؤلاء الأشخاص خفضت من قلقهم . كما ظهر من دراسة أخرى على أشخاص لديهم طقوس قهرية للمراجعة أن مستوى القلق عندهم انخفض بوضوح بعد إكمالهم طقوسهم الخاصة بالمراجعة (Comer, 1992,p. 212f) .

لقد اعتمدت معظم المحاولات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري على ضوء نظرية التعلم - حتى السبعينيات - على مفهوم خفض القلق Anxiety - reduction ولكن معظم المنظرين بينوا أن نظرية خفض القلق لا يمكن أن تفسر بكفاءة كل جوانب هذا

الشكل المعقد من السلوك الشاذ ، كما أن بعض أشكال السلوك الوسواسي القهري ترفع القلق بدلاً من خفضه ، وقد وصف كل من «وولكر ، وبيتش» حالة مريضة تحسَّنُ طقوس الاغتسال من مزاجها ، في حين أن طقوس تمشيط الشعر تعكر مزاجها .

وفي تجربة على مرضى وسواسيين قهريين قام بها «هودجسون ، وريكمان» (Hodgson & Rachman, 1972) اتضح أن :

١ - لمس شيء ملوث يؤدي إلى زيادة في الشعور بالقلق وعدم الراحة ، وإلى زيادة في تغير معدل النبض .

٢ - كما اتضح أن تكملة طقوس الاغتسال بعد حدوث التلوث ، تؤدي إلى خفض الشعور بالقلق وعدم الراحة ، وتخفض من تغير معدل النبض .

وتؤكد هذه النتائج أن نموذج خفض القلق يُعدُّ مناسبا لتفسير الأفعال الوسواسية القهرية التي تتخذ شكل طقوس معينة ، وترتبط بالخوف من التلوث ، ولكنها تعدُّ أقل ملاءمة لتفسير الشك الوسواسي والمراجعة القهرية .

بيانات من تعلم التجنب لدى الحيوانات :

قام بعض الكتاب بفحص الدراسات المتصلة بتعلم الحيوان على أنه مصدر محتمل لفهم اضطراب الوسواس القهري ، وفي مقال مهم جدا افترض «تيسدال» Teasdale أن السلوك القهري يمكن النظر إليه على أنه سلوك تجنبي يقع تحت ضبط ضعيف للمنبه . وينظر إليه بوصفه مذكراً Reminiscent للتكرار المرتفع للاستجابات غير الضرورية الذي أظهرته الحيوانات عند استخدام نموذج التجنب من وضع «سيدمان» Sidman ، حيث يتم تلقى الصدمة دون إشارة تصاحبها . ويمكن النظر إلى الطقوس القهرية أيضاً على أنها طقوس لا تملك تغذية راجعة Feedback جيدة أو خواص ذات إشارة آمنة ، ومن ثم يتوافر لها معدل مرتفع وغير مناسب للحدوث . مثال ذلك أن المريض لن يعلم بسهولة إذا ما كانت الجراثيم التي يحاول أن يغسلها قد أزيلت بشكل فعال لأنه لا توجد إشارة أمان Safety signal أو تغذية راجعة حتى تشير إلى حدوث ذلك ، وينطبق الأمر نفسه على كثير من طقوس المراجعة التي تهدف إلى منع مصيبة في المستقبل .

وهناك جانب آخر في الدراسات الخاصة بالتجنب ، والذي يقتبس على أنه متصل بالموضوع وهو المتعلق بنتائج «فونبيرج» Fonberg ، حيث قامت هذه الباحثة بادئ ذي بدء بتدريب كلاب على القيام باستجابة ما (مثل رفع الساق) لتتجنب منبهاً مضايقاً ، ثم تعرضت الكلاب عندئذ لإجراء شرطي ثان هدف إلى إحداث عصاب تجريبي ، وذلك بجعل التمييز المكتسب يزداد صعوبة . وكلما أصبح سلوك الكلاب أكثر عصابية لوحظ أنها بدأت في الكشف عن استجابة التجنب المتعلمة سابقا (رفع الساق) بتكرار مرتفع ، على الرغم من عدم تقديم مزيد من المنبهات التمييزية لهذه الاستجابة الخاصة . ويبدو أن ما حدث كالآتي : استجابة تم تعلمها لتجنب تنبيه مضايق ظهرت من جديد في مواقف مختلفة عندما استحدث القلق بطرق مختلفة . وعلاقة ذلك بالموضوع الحالي أنه يمكن أن يمدنا بنظير لمدى واسع من المواقف التي يقوم فيها المريض بالسلوك القهري .

وقد اقتبست أمثلة أخرى من دراسات التعلم لدى الحيوان على أساس احتمال أنها تلقي الضوء على اضطراب الوسواس القهري بما في ذلك دراسة «سولومون» Solomon وزملائه على تجنب الصدمة عند الكلاب ، ودراسة «ماير» Maier على التثبيت لدى الفئران .

ففي تجارب «سولومون» وزملائه أصبحت الاستجابة التجنبية التي تم تعلمها بشكل جيد ذات طبيعة نمطية ، فداومت هذه الاستجابات النمطية عبر مئات من المحاولات على الرغم من غياب مزيد من التعرض للمنبه المضايق . وفي تجربة «ماير» طورت الحيوانات تثبيتات قوية جداً بعد أن تكرر إجبارها على القفز من منصة لاشلي للقفز في موقف مشكل لا حل له . وذكر «ماير» أن السلوك هنا كشف عن طبيعة قهرية واضحة بحيث كانت الفئران تستمر في عمل استجابة التثبيت حتى بعد أن أصبحت المشكلة قابلة للحل . وكان الأمر الشائق أكثر هو وجود العلامات السلوكية الدالة على أن «الفئران» قد تعلمت الاستجابة الصحيحة ، حيث كان الفأر الذي يوجد لديه تثبيت على الوضع الأيمن يمكن أن يوجه نفسه إلى اليسار (والذي كان هو الجانب الصحيح عندئذ) ، وعلى الرغم من ذلك كان يقفز إلى اليسار .

ومن ثم فهناك كثير من المكتشفات النابعة من تعلم التجنب لدى الحيوان ، والذي عد على أنه من المحتمل أن يكون متعلقاً بفهم اضطراب الوسواس القهري . ولكن لا تمدنا هذه الدراسات بتشابه كامل أو حتى قريب بشدة من النموذج الإنساني ، ومع ذلك فإن هذه الدراسات تلقى بعض الضوء على الطرق المحتملة التي يمكن أن يكتسب على أساسها السلوك الوسواسي القهري . لماذا تحدث في مواقف مختلفة ؟ لماذا يبدو بعضها غير مرتبط بالموقف الذي يظهر فيه ؟ لماذا تداوم بقوة؟ (de Silva, 1998) .

تقويم المنحى السلوكي :

تتوافر الأدلة المدعمة لهذا المنحى من النتائج العلاجية المتكررة لمرضى الوسواس القهري باستخدام نموذج التعرض ومنع الاستجابة (انظر الفصل الثالث عشر) ، والتي تتناسب بوجه عام مع نموذج خفض القلق .

وعلى الرغم من ذلك فإن هناك عدداً من المشكلات التي لم تحسم بعد ، ومنها رفع الطقوس القهرية للقلق في بعض الحالات بدلا من خفضه ، وكذلك أسباب الاضطراب : لماذا توجد أنواع معينة فقط من المنبهات تميل إلى أن تؤدى إلى سلوك الوسواس القهري؟ ولماذا لا يوجد لدى كثير من المرضى خبرة صدمية (إشراط) تعد نقطة بدء لسلوكهم المشكل؟ هذا فضلا عن النقد الموجه إلى نظرية «مورار» للعاملين .

لقد افترض «دولارد ، وميللر» عام ١٩٥٠ أن أنماطاً سلوكية معينة أدت في وقت سابق إلى خفض القلق مثل غسل اليدين أو المراجعة ، تصبح مبالغاً فيها ، وتأخذ شكل القهر ، مثال ذلك أن الاغتسال في الطفولة يرتبط ارتباطاً كبيراً بتجنب نقد الوالدين أو الهرب منه . ومع ذلك كيف تتحول بعض أنماط السلوك إلى قهر في مرحلة الرشد ، ولماذا يحدث هذا التحول ؟ أو لماذا يتعرض بعض الأفراد دون غيرهم لهذا الاضطراب ؟ - هذا ما لم يُجبْ عنه ولم يُفسَّر بعد . كما أن نموذج التعلم لم يقدم مساعدة كبيرة إلى فهم الوساوس التي لا يصاحبها سلوك قهري . وأخيراً فإن الطبيعة المتقنة والمتكررة وحتى الغريبة Bizarre للسلوك القهري والذي ينظر إليه جيدا على أنه تجنب نشط وفاعل ،

والذي لا يشبه التجنب السلبي الموجود في المخاوف الشاذة يحتاج إلى تفسير بشكل أكثر تفصيلاً مما يمكن أن تسمح به نظرية الإشراط (de Silva, 1988) ، وهى النظرية التي يعتمد عليها المنحى السلوكي .

النظريات المعرفية

العلم المعرفي والاضطرابات النفسية :

لا حاجة إلى تأكيد أهمية العلم المعرفي في علم النفس الآن الذي يعيش ثورة معرفية (انظر : سولسو : ١٩٩٦) . وقد حرر «ستاين ، ويونج» كتابا مهماً تحت عنوان : «العلم المعرفي والاضطرابات الإكلينيكية» كتب فيه «ستاين ، وهولاندر» (Stein & Hollander,1992) مقالا موسوماً بـ : «العلم المعرفي واضطراب الوسواس القهري» ، ويذكران أن نموذج العلم المعرفي Cognitive science يتضمن المكتشفات المهمة في المناحي الحيوية ، والسلوكية ، والتحليلية . ومن المفاهيم المهمة المستخدمة كثيراً في العلم المعرفي مفاهيم الأهداف العقلية Mental goals والتغذية الراجعة Feedback مع استخدام مفاهيم السبرنطيقا Cybernetics في نموذج العقل ، وتؤكد السبرنطيقا الحاجة إلى علم يكرس لموضوعات التحكم Control والاتصال Communication سواء أكان ذلك في الآلات أم العقول ، كما اتسع إطار السبرنطيقا أيضاً ليشمل الظواهر العقلية المختلفة ، وركز كثير من الباحثين على التوازى الواضح بين العقول والآلات .

ويفترض أن بعض مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التغذية الراجعة للهدف ممزقة disrupted ، بحيث ينتج عنها مداومة على سياق وأفعال معينة ، ويفترض «جراى» Gray أن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاة / عدم المضاهاة match - mismatch ، كما يرى «بيتمان» Pitman أن هؤلاء المرضى عندهم زيادة في إشارات الخطأ Error signals (يولدها الجهاز اللمبي) ، التي لا يمكن خفضها من خلال المخارج Outputs السلوكية وتولدها عقد عصبية قاعدية Basal ganglia . كما يرى

«جراى» إن لهرمون السيروتونين Serotonin دوراً كبيراً في ذلك ، فالحقن به يكف السلوك الحركي ، علماً بأن إفرازه لدى مرضى الوسواس القهري ناقص ، ويرتبط نقصه بزيادة الاندفاعية .

المنحى المعرفي والوسواس القهري :

افترض «كار» Carr أن مرضى الوسواس القهري عندما يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية ، فإنهم يزيدون من تقدير احتمال حدوث العواقب المضرة ، وبكلمات أخرى فإن مريض الوسواس القهري لديه وجهة نظر في الحياة مفادها : «أنه إذا أمكن لأي شيء أن يؤدى إلى خطأ فإن هذا الخطأ سوف يحدث حتماً» . ويرى «كار» أن هذه الوجهة المعرفية Cognitive set تحتم تجنب مصادر التهديد ، ومن ثم تزيد من احتمال حدوث السلوك الوسواسي القهري (Davison & Neale, 1996,p.153) .

موجز القول إن وجود توقعات مرتفعة جداً لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة ، يجعلهم يزيدون من احتمال حدوث النتائج السلبية لمختلف الأفعال . ويشير إلى أن محتوى الوساوس يتضمن - بشكل نموذجي نمطي - مبالغات للشؤون العادية لدى معظم الأفراد : الصحة ، والموت ، وسعادة الآخرين ، والجنس ، والأمور الدينية ، والأداء في العمل . . . ، وما شابهها .

وأكدت دراسات أخرى الاعتقادات المخطئة لدى الوسواسيين القهريين ، ويتضمن ذلك الفكرة القائلة بأن الفرد يجب أن يكون ذا كفاءة في كل الجوانب حتى يكون جديراً بالاهتمام ، ويصبح صاحب مكانة عالية ، والاعتقاد بأن الإخفاق في أن يحيا الإنسان على مستوى المثاليات الكاملة يجب أن يُعاقب ، فضلا عن الاعتقاد بأن طقوسا سحرية معينة يمكن أن تمنع الكوارث .

وتؤدى مثل هذه المعتقدات الخاطئة - كما يرى المعرفيون - إلى إدراكات للخطر مخطئة ، وتثير هذه الإدراكات - بدورها - القلق . وتتمثل عملية الوظيفة الخاطئة في اتجاه

الوسواسى القهري وميله إلى تخفيض قيمة إمكاناته في التعامل بكفاءة مع مثل هذه الأخطار . وتنخفض المشاعر الناجمة عن الشك والضيق والعجز عن طريق الطقوس السحرية التي يقوم بها مريض الوسواس ، ويراها على أنها الطريقة الوحيدة المتاحة لمواجهة الخطر الذي يدركه ، حيث يفتقر إلى وسائل أكثر ملاءمة للتوافق والمواجهة .

وتؤكد المكتشفات التجريبية إلى حد ما التأكيدات السابق عرضها ، فقد لوحظ أن الوسواسيين يصنفون الحوادث بشكل منفصل منفرد ، دون أن يكونوا قادرين على وصل المفاهيم وربطها بطريقة تكاملية ، ومن ثم يولدون «جزرا من الحقائق» التي لا ريب فيها ، وسط التشوش والفوضى ، في محاولة للسيطرة على الأحداث والتنبؤ بها .

وقد استنتج «ريد» Reed أن التفكير الوسواسي القهري يتسم بنقص التضمين Underinclusion أو بزيادة في تبسيط المفاهيم ، ويرجع كل من الشك وعدم الحسم لدى الوسواسيين القهريين إلى عدم ثقتهم في استنتاجاتهم الخاصة . ولوحظت ملاحظة متسقة مع هذه النتيجة ، مفادها أن القائمين بطقوسهم يستخدمون مفاهيم خاصة ونوعية جداً في أنماط تفكيرهم بالنسبة لكل من المنبهات الوسواسية أو المحايدة . وأجريت دراسة على طلاب جامعة لهم درجات مرتفعة على المقياس الفرعي : المراجعة القهرية من مقياس «مودسلى» للوسواس القهري ، وكشفت عن نتائج مماثلة مفادها أن هؤلاء الطلاب كان لهم استرجاع ضعيف للأحداث السابقة ، وصعوبة أكبر في التمييز بين الحوادث الحقيقية والمتخيلة ، بالمقارنة إلى الطلاب ذوى الدرجات المنخفضة على هذا المقياس الفرعي . وتشير هذه النتائج إلى أن عجز الذاكرة لدى المراجعين بالنسبة للأفعال التي قاموا بها يمكن أن يدفعهم إلى سلوك المراجعة المتكرر . كما لوحظ أن الوسواسيين القهريين - أكثر من غيرهم من المرضى في المجال الطبي النفسي - لديهم حاجة شديدة إلى تكرار المعلومات قبل اتخاذ أي قرار .

ويمكن أن نستنتج من هذه الدراسات أن الوسواسيين القهريين أكثر تصلباً وجموداً وطلباً للكمال وشكاً ، ويحتاجون إلى مقدار كبير من المعلومات ليتخذوا قراراً ، بسبب عدم ثقتهم في اختياراتهم (McCarthy & Foa, 1990) .

كمـا ظهـر أن مرضى الوسـواس القـهري يكشـفون عن نقص في الكف المعـرفي Cognitive inhibition ، مما يجعلهم غير قـادرين على القـمع الفعـال للأفكار التي تقتحم عقلهم ، وتؤدى هذه النتائج وغيرها إلى افتراض أن مرضى الوسواس القهري يعانون من مستوى منخفض من الكف المعرفي (Enright & Beech, 1993) .

وتعـد مثـل هـذه الـدراسات ذات أهمية ومغـزى في أنـهـا تفسـر – على الأقل – نـوعـاً واحـداً من القـهـر بوصـفـه مـشكلـة في نـوع معين مـن الذاكـرة ، وتختبـر هذا الفـرض بوسـاطة إجـراءات أتت من الدراسـات التـجـريبية الأسـاسية في مـجـال المعرفة Cognition . وقـد استخدم هذا النـوع من التجريب منذ سنين عدة في دراسـات الفصـام (Davison & Neale 1996,p. 153) .

اضطرابات التفكير :

بحثت اضطرابات التفكير في الوسـواس القهري ، وتحدث هذه الاضطرابات فقط – تبعاً لأصـحاب النظرية المعرفية – في أماكن معينة أو في علاقتها بمشكلات محددة هي المصدر الأساسي للقلق . وتتضمن هذه الأنواع من الأفكار التقدير غير الواقعي للمواقف ، والمبالغة المستمرة في الجوانب الخطرة لها ، مثال ذلك المبالغة في درجة الخطر وكذلك في احتمال حدوثه . ومن ثم فإن سلسلة الأفكار لدى الشخص وكذلك التهيؤ أو الاستعداد العقلي لديه ، يمكن النظر إليهما على أنهما عوامل مهيئة تتفاعل مع خصائص الموقف . ومن هنا فـإن الحـوادث المرسبـة (الموقف) تثير أو تضـخـم الاتجاه الكامن أو الخوف لدى الشخص ، وتؤدي إلى زيادة في التيـقظ . وكلما قـوى هذا الاتجاه ، فإن الأفكار المتصلة بالخطر يصبح من السهل تنشيطها وإثارتها عن طريق مـواقف أقل تحديداً وأقل في إمكان تجنبها (إذا بحثت عنها فسوف تكون متأكدا أنك ستجدها) . ونتيجة لذلك فإن الشخص الذي يتسم بالقلق (متـضـمناً الوسـواس والقـهـر) يواصل فحص المنبهـات الداخلية والخارجية ليبحث عن إشارات خطرة .

ويمكن أن نرى مثـالاً لهـذا النوع من الاضطراب لدى الشخص الوسـواسي الذي يمر

بخبرة قلق عميق عندما يتعين عليه أن يعبر الطريق ، وربما لا يقدر فعلا على محاولة العبور . ومعظم الناس يمكن أن يستخدموا سياق الأفكار الآتي :

تسلسل الأفكار السوية :

١- الشوارع آمنة كي يعبرها الإنسان عندما يضاء اللون الأخضر ، أو عندما لا تمر بها سيارات .
٢- هذا الشارع يضيئه اللون الأخضر أو لا تمر به سيارات الآن .
٣- ولذلك يمكن عبور هذا الشارع .

ومن ناحية أخرى فإن تفكير الشخص الوسواسي يمكن أن يتخذ شكلاً آخر .

تسلسل الأفكار الوسواسية :

١- الشوارع آمنة كي يعبرها الإنسان عندما يضاء اللون الأخضر ، أو عندما لا تمر بها سيارات .
٢- هذا الشارع يضيئُه اللون الأخضر ، أو لا تمر به سيارات الآن ، ولكن إذا تغير الضوء فجأة أو ظهرت سيارة بشكل غير متوقع . . .
٣- ولذلك فإن هذا الشارع غير آمن بالنسبة لي حتى أعبره (Sarason & Sarason,1987, p.164) .

أثر المسؤولية المتضخمة :

في مقال مهم كتبه «ريكمان» تحت عنوان : « الوساوس والمسؤولية والذنب» درس علاقة المتغيرات الثلاثة ، ويُذكر أن «سالكوفسكس» Salkovskis قد بين أهمية الدور الذي تقوم به مشاعر المسؤولية Responsibility بوصفها عنصراً في النشاط الوسواسي . وقد اكتشف «ريكمان ، وهودجسون» فروقاً في السلوك القهري بين نوعين : هما القائمون بالاغتسال Cleaners والمراجعون Checkers ، فقد قرر القائمون بالمراجعة ضيقاً أقل بدرجة دالة إحصائياً بعد الإثارة التجريبية المتعمدة ، في حين قرر مرضى قهر الاغتسال مزيداً من القلق والضيق عندما أثيروا ، أكثر من مرضى المراجعة . وقد حدث الفرق بين المجموعتين بعد الإثارة مباشرة ولكن ليس في أثناء القيام بالطقوس .

وقد اتضح أن وجود شخص آخر ، وبخاصة شخص في مركز المسؤولية كالمجرب أو المعالج يكف حدوث الضيق . وفي هذه التجارب كان المجرب موجوداً دائماً ، أو يسهل الوصول إليه في أثناء التجربة ، ويبدو أن المفحوص يفكر كما يلي : من غير المحتمل أن يسمح المجرب بترك صنابير الغاز (أو غيرها) مفتوحة ، وحتى لو فعل ذلك فإن المسؤولية عن حدوث الضرر نتيجة هذا الإهمال سوف تقع على عاتق المجرب وليس المبحوث . فإذا جرد الشخص الوسواسي من المسؤولية عن الأفعال كليا أو جزئيا فإنه سوف يشعر بضيق قليل . كما ذكر «ريكمان» أن لدى المرضى الوسواسيين صعوبة في التعبير عن الغضب Anger (Rachman, 1993) .

التفسير الكارثي للأفكار الوسواسية :

قدم «ريكمان» (Rachman, 1998) - في وقت أحدث - نظرية معرفية للوساوس ، وافترض أن الوساوس يسببها سوء تفسير كارثي Catastrophic لمدلول الأفكار أو الصور العقلية أو الدفعات التي تقتحم عقل المريض ، وأن الوساوس تداوم ما دامت هذه التفسيرات المخطئة مستمرة ، كما أن الوساوس تتناقص عندما تضعف هذه التفسيرات المخطئة .

إننا نعرف أن تكرار الأفكار التي تقتحم العقل يتزايد عندما يتعرض الشخص لموضوع أو خبرة ضاغطة ، وكلما زاد الضغط الناتج عن هذا الموضوع تزايد عدد الأفكار التي تقتحم عقل الشخص ، وتزايد الضيق الذي تثيره . كما نعرف أن زيادة عدد المنبهات التي تهدد الشخص تليه أيضاً زيادة في عدد الأفكار التي تقتحم عقله .

وبين «ريكمان» أن الشخص يقوم بتفسيرات مخطئة كارثية لمدلول الأفكار غير المرغوبة التي تقتحم عقله ، وسوف يزيد ذلك من مدى الخطورة الممكنة للمنبهات المهددة له ، ويتحول مدى واسع من المنبهات من محايدة إلى مهددة . والمنبهات التي كانت غير مهمة في السابق تصبح مهمة جداً .

تقويم المنحى المعرفي :

إن فرض النقص المعرفي Cognitive defect أو الأسلوب Style المعرفي المميز لدى مرضى الوسواس القهري يحتاج إلى أدلة أقوى مما هو متاح حالياً بوصفه تفسيراً للاضطراب (de Silve & Rachman,1998,p.69) ، ومع ذلك فإن المكتشفات المعرفية يمكن أن تعد فروضاً مثمرة يجب مواصلة بحثها .

المنحى السلوكي المعرفي

عرضنا لكل من المنحى السلوكي والتوجه المعرفي كل على حدة ، وقد حاول بعض المؤلفين الجمع بين الجانبين وصولا إلى فهم أفضل لاضطراب الوسواس القهري ، فقد وضع «ريكمان ، وهودجسون» أكثر النظريات شمولاً للوساوس من وجهة النظر المعرفية السلوكية ، وتبدأ هذه النظرية بافتراض مفاده أننا جميعا نخبُر أي نمر بخبرة الأفكار الوسواسية بين الحين والآخر ، تذكر قول الأطفال : «إذا خطوت فوق الشق فسوف تكسر ظهر أمك» Step on a crach and you will break your mother's back ، والتي يتبعها تجنب شقوق الطوار(الرصيف) وهو أحد الطقوس الوسواسية القهرية الشائعة في الطفولة . ولكن معظمنا يشب عن الطوق ويكبر على طقوس شقوق الرصيف هذه ، ونصبح قادرين بسهولة على أن نصرف انتباهنا عن التعود على مثل هذه الأقوال . كما نتمكن أيضا من طرد الأفكار البغيضة أو المثيرة للاشمئزاز التي تدور أحياناً في رؤوسنا ، ولكن الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري يختلفون عن بقية الناس في عجزهم عن التعود على طرد الأفكار البغيضة وصرف انتباههم بعيداً عنها .

وكلما كان محتوى الوسواس ومضمونه مثيراً للقلق ومسبباً للضيق كان من الصعب على أي شخص - سواء أكان وسواسياً أم غير وسواسي - أن يطرد الفكرة أو يصرف انتباهه عنها . فعندما يعرض على مجموعة من الأشخاص الأسوياء فيلم قصير يسبب ضغطا نفسياً ، فسوف يُحدث لدى معظمهم أفكاراً مقتحمة ومتكررة ، مثال ذلك أن عرض فيلم يمثل حادثاً رهيباً فيَ ورشة لقطع الأخشاب يحدث القلق والأفكار المتكررة

عن الحادث ، وكلما كان الفرد أكثر اضطراباً انفعالياً نتيجة لهذا الفيلم زادت الأفكار المقتحمة المتكررة ، وذلك كما بينت دراسات «هوروفتز» . وبالإضافة إلى ذلك فإن الأشخاص القلقين يجدون الكلمات المسببة للتهديد أكثر اقتحاماً لعقولهم بالنسبة للعينة الضابطة من الأسوياء . ويؤكد ذلك افتراضين لوجهة النظر المعرفية السلوكية للوسواس وهما :

١- أن لدينا جميعا أفكاراً متكررة غير مرغوبة .

٢- كلما كنا في حال من الضغط شديد تصبح هذه الأفكار أكثر تكراراً وعنفاً .

والعلاقة وثيقة بين الاكتئاب والوسواس ، فإذا كان الفرد مكتئباً مسبقاً فإن الأفكار الوسواسية ستكون أكثر إثارة للاضطراب ، ومن ثمَّ يصعب طردها من العقل . وحيث إن المكتئب يكشف عن مزيد من العجز Helplessness فإن ذلك يعنى أنه أقل قدرة على بدء استجابات إرادية تريحه من الضيق . إن عملية قيام الفرد بصرف انتباهه عن موضوع ما هي استجابة معرفية إرادية ، ومثلها في ذلك مثل الاستجابات المعرفية الأخرى فإنها سوف تضعف نتيجة للاكتئاب ، ومن ثم فإن الخلفية أو البطانة الاكتئابية تربة خصبة لاضطراب الوسواس القهري .

تلك إذن سلسلة الأحداث التي تسم الوسواسي القهري من غير الوسواسي تبعاً لوجهة النظر المعرفية السلوكية ، فبالنسبة لغير الوسواسي تبدأ حادثة ما ، سواء أكانت داخلية أم خارجية ، وتؤدى إلى صورة تخيلية أو فكرة تسبب الاضطراب ، وقد يجد الشخص غير الوسواسي أن هذه الفكرة غير مقبولة ولكنها لن تجعله قلقاً نتيجة لها . فإذا لم يكن في حالة اكتئاب فإنه سوف يطرد هذه الفكرة بسهولة ، أو يصرف انتباهه عنها .

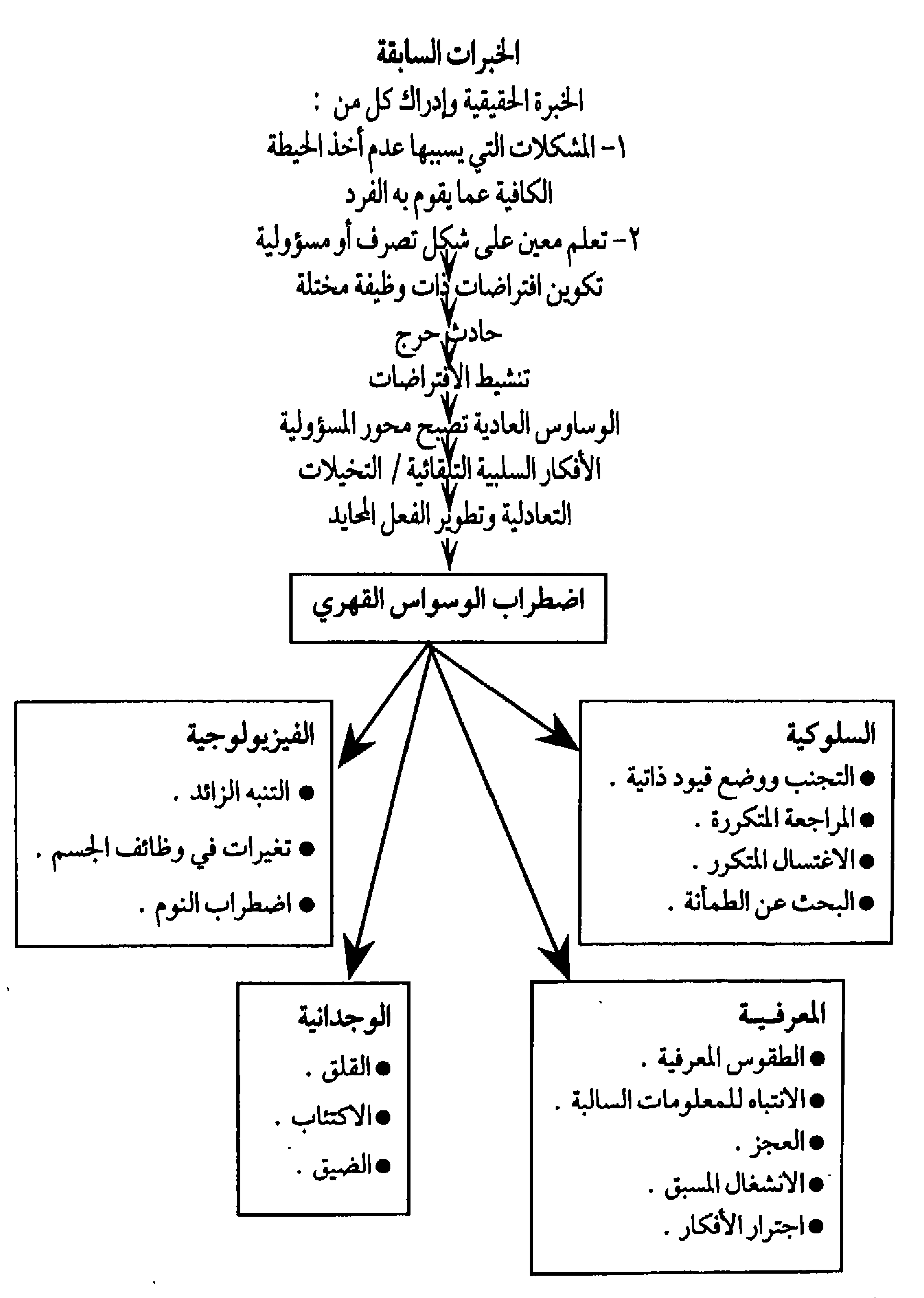
وعلى العكس من ذلك فإن الوسواسي القهري سيصبح قلقاً نتيجة لهذه الفكرة ، وسوف يقلل كل من القلق والاكتئاب من قدرته على طردها . وتدوم الفكرة بعد ذلك ، ويؤدي عجز الوسواسى القهري عن طرد هذه الفكرة والتخلص منها إلى مزيد من القلق والعجز والاكتئاب ، مما يزيد من تعرضه للفكرة الدخيلة المقتحمة وقابليته لها .

وتحاول وجهة النظر السلوكية المعرفية أيضا أن تفسر الطقوس القهرية ، إذ يتم تعزيز الطقوس نتيجة للراحة الوقتية من القلق التي تسببها ، وحيث إن الوسواسي القهري لا يستطيع أن يزيل الأفكار عن طريق صرف انتباهه عنها وطردها (التي يستخدمها معظم الناس بشكل تلقائي) ، فإنه يلجأ إلى طرق أخرى ، فيحاول أن يجعل الأفكار السيئة محايدة ، ويكون ذلك غالباً بأن يستبدل بها أفكاراً جيدة ، فإن مريضة الوسواس القهري الخاص بالألوان النارية كانت تحايد اللون البرتقالي بالنظر إلى قطعة من السجاد الأخضر ، إنها تحاول أن تحايد أو تعادل الأفكار السيئة بفعل يؤكد سلامتها (انظر ص ٢٠٦) . وفي محاولة المليونير الراحل «هوارد هيوز» تهدئة خوفه من الجراثيم بدا له أن خدمه يجب ألا يسعلوا في الفاكهة التي يأكلها . كما أن الأفراد الذين يخافون خوفاً وسواسياً من أن أبوابهم ليست مغلقة يراجعونها عشرات المرات كل ليلة . وهذه الطقوس القهرية تنتج راحة وقتية ، ولكنها تنتج أيضاً ميلا أقوى للمراجعة والاغتسال ، والبحث عن إعادة الطمأنة ، ذلك أنه يتبعها خفض للقلق ، ومن ثم فإن هذه الطقوس القهرية تقوى . ولكن الطقوس القهرية يمكن أن تكون فقط تجميلية ، فإن الراحة التي تحدثها مؤقتة فقط وغير دائمة . وتظل الوساوس سليمة لا تمس ، وتعود بتكرار أكبر وشدة أعظم ، وكل مرة تحدث فيها الفكرة ، فيجب أن ينفذ الفرد الطقوس حتى تحدث الراحة ، وأي راحة .

وتكمن قوة المنحى المعرفي السلوكي في أنه يمدنا بإجابة مهمة عن السؤال : لماذا تستمر الوساوس والقهر ما دامت قد بدأت؟ (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 274f) . ويبين شكل (٩) نموذجاً معرفياً سلوكياً لتطور الاضطراب .

النظريات البيولوجية

تعتمد النظريات الحيوية (البيولوجية) التي تهدف إلى تفسير حدوث اضطراب الوسواس القهري على خطين من الدراسات هما : الدراسات الوراثية ، وفحص المخ والجهاز العصبي . ونعرض فيما يلي للدراسات الوراثية .



شكل (٩) : النموذج المعرفي السلوكي لتطور اضطراب الوسواس القهري . عن : (Salkovskis, 1989,p.54) .

أولاً - الدراسات الوراثية :

استخدمت طريقة مقارنة التوائم الصنوية التي ولدت من بويضة واحدة وانقسمت ، وافترض أن العوامل الوراثية هنا في أقوى حالاتها . ولكن نقدت هذه الطريقة وعدت محدودة في الإجابة عن السؤال الخاص بالأهمية النسبية التي تضيفها كل من الوراثة والبيئة بوصفها سببا للاضطراب ، وذلك بسبب تأثير عوامل مثل المحاكاة أو التقليد والتوحد ، كما أن التوائم الصنوية Monozygotic twins قد تتوافر لها درجة أكبر من التشابه البيئي بالنسبة للتوائم اللاصنوية Dizygotic .

ويشير بعض المؤلفين إلى أنه - حتى نشر دراستهم - لا توجد دراسات عن الأطفال الذين تبناهم أشخاص بعيدون عن وراثتهم ، وعن علاقتهم بآبائهم البيولوجيين أو بتوأمهم الصنوي الذي تربى منفصلا . كما أن معدل الحدوث المنخفض نسبياً لهذا الاضطراب أو تكتم الأعراض يجعل مثل هذه الدراسات غير سهلة .

وقد أجريت دراسات لتحديد مدى حدوث الاضطرابات النفسية ومن بينها الوسواس القهري في أسر المرضى ، والنتيجة العامة المستخرجة من مراجعة هذه الدراسات أن أقارب الدرجة الأولى لمرضى الوسواس القهري لديهم معدل أعلى من الطبيعي لطائفة عريضة ومختلفة من الاضطرابات الطبية النفسية بما فيها الوسواسية . ولكن الشك يحيط مثل هذه الدراسات من نواح عدة منها : اختلاف المحكات التشخيصية ، والفروق في أنماط الاضطراب عند الأقارب من الدرجة الأولى الذين درسوا ، وندرة الفحوص التي تستخدم عينات ضابطة . وفضلا عن ذلك فإن معظم الدراسات الأسرية في هذا المجال قد أجريت اعتماداً على مراجعة الجداول أو الرسوم البيانية Charts بدلا من المقابلات الشخصية لأعضاء الأسرة . والحاجة ماسة إذن إلى دراسات مضبوطة تقوم على المقارنة الدقيقة باستخدام المقاييس النفسية ، وتعتمد على مقابلة شخصية لمختلف أعضاء الأسرة الواحدة (Rasmussen & Tsuang, 1994) .

وعلى الرغم من قلة عدد الدراسات في هذا المجال فإن بعضها يؤكد أن هناك أساساً

وراثياً على الأقل في بعض الحالات . وهناك انتشار من ٣ إلى ٧٪ للاضطراب لدى أقارب المرضى من الدرجة الأولى ، قارن ذلك بمعدل ٥ , ٠٪ فقط لدى أقارب المرضى ببقية اضطرابات القلق (Kaplan & Sadock, 1991,p.405) . وقد استخرج ارتباط قدره ٨٧ , ٠ بين التوائم الصنوية ، و٤٧ , ٠ بين غير الصنوية في اضطراب الوسواس القهري (Oltmanns & Emery, 1995,p. 221) .

ويرتفع معدل الاتفاق في اضطراب الوسواس القهري لدى التوائم الصنوية (التي نشأت عن بويضة واحدة ثم انقسمت في الرحم) أكثر من التوائم اللاصنوية (التي نشأت عن بويضتين مستقلتين لقحتا في الوقت ذاته والحمل نفسه) . كما أن معدل اضطراب الوسواس القهري لدى الأقارب البيولوجيين من الدرجة الأولى للمرضى باضطراب الوسواس القهري أعلى من نظيره في الجمهور العام (APA,1994,p. 421) .

وبينت دراسة «ماكيون ، وموري» معدلات مرتفعة لاضطرابات القلق بين أقارب الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الوسواس القهري ، ووجد «لينان» وصحبه أن ٣٠٪ من أقارب الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الوسواس القهري في دراستهم لديهم أيضاً المرض ذاته . ولكن من السابق لأوانه أن نستنتج أن العوامل البيولوجية تهيئ الأفراد للإصابة باضطراب الوسواس القهري (Davison & Neale, 1996,p.153) .

ثانيا - الفحوص البيولوجية :

أعلن الباحثون في المجال الحيوي الطبي Biomedical أن اضطراب الوسواس القهري مرض في المخ ، وهناك خمسة خطوط للتدليل على وجهة النظر هذه :

١ - العلامات الخاصة بالأعصاب .
٢- جوانب الشذوذ في مسح المخ .
٣- المحتوى البدائي للوساوس والقهر .
٤- دلائل من الطب النووي .
٥- فاعلية بعض العقاقير في علاج هذا الاضطراب .

ونعرض لها بشيء من التفصيل فيما يلي :

١- العلامات الخاصة بالأعصاب :

من المعروف أن اضطراب الوسواس القهري يتطور فوراً بعد صدمة المخ ، وفي الفحص الخاص بعلم الأعصاب فإن كثيراً من مرضى الوسواس القهري يكشفون عن عدد من جوانب الشذوذ : ضعف التآزر الحركي الدقيق ، وزيادة في الاهتزازات والرعشة العصبية غير الإرادية ، وضعف الأداء الحركي البصري . وكلما كانت هذه العلامات البسيطة عميقة كانت الوساوس أكثر شدة وعنفاً . وهذه العلامات تتفق مع وجود اضطراب كامن وخفي في الأعصاب . انظر إلى هذه الحالة التي توردها «ريبوبورت» :

«يعقوب» طفل في الثامنة من عمره ، كان يلعب كرة القدم في الفناء الخلفي ، انهار فجأة ودخل في إغماء مع نزيف في المخ ، وأجريت له جراحة في المخ ، وكانت ناجحة تماماً ، ولكنه أصيب بعدها بوسواس الأرقام ، فكان يتعين عليه أن يلمس كل شيء سبع مرات ، ويبتلع الطعام في سبع ، ويسأل عن كل شيء سبع مرات .

واضطراب الوسواس القهري أيضاً مرض يحدث مع أمراض الأعصاب مثل الصرع Epilesy ، ويعد ظهور المرض الوبائي الكبير الخاص بالنوم (وينتج عن عدوى فيروسية في المخ ، وحدث في أوروبا بين عامي ١٩١٦ و ١٩١٨) حدثت زيادة واضحة في أعداد مرضى الوسواس القهري . وزملة أعراض «توريت» Tourette وهو اضطراب يشبه القهر ، ويتضمن لزمات عصبية Tics حركية ، وانفجارات لفظية كلامية لا يمكن التحكم فيها ، من الواضح أن له أصلاً في الأعصاب ، وهناك توافق مرتفع بين اضطراب الوسواس القهري وزملة «توريت» لدى التوائم الصنوية ، وكثير من مرضى زملة «توريت» عندهم أيضاً اضطراب الوسواس القهري (انظر ص ٢٣١) .

٢- جوانب الشذوذ في المسح الدماغي :

هـذا هـو الخـط الثـانـي مـن الأدلـة الحـيـويـة الطبـيـة ، وتأتي من دراسـات مـسح الدماغ Brain scaning عند مرضى اضطراب الوسواس القهري . وتكشف مناطق كثيرة من المخ عن نشاط مرتفع عند مرضى الوسواس القهري ، وهي : النواة المذنَّبة ذات الذنب أو الذيل Caudate nucleus ، والإنْبـة Patamen ، والكرة الشـاحـبـة Globus pallidus ، والقشـرة الحـجاجـيـة الجبهـيـة Orbito - frontal cortex ، والتلفيـف الثفني Cingulate gyrus . وتكوِّن جميعاً «الدائرة اللحائية المهادية المخططة» Cortical - striatal - thalamic circuit - (انظر شكل ١٠) . وترتبط هـذه المناطـق بعـمـل المصـفـاة أو المرشـح الذي يستبعـد المعلومات غير المتصلة بالموضوع ، وباستمرار السلوك والمحافظة عليه . وفي الحقيقـة فإن العجز عن طرد الأفكار المشتتـة وإيقافـهـا والمحافظـة على السلـوك يبـدو أنها تشبه المشكلات المركزية في الوساوس والقـهر . وعندما يعالج هؤلاء المرضى بنجاح عن طريق العقاقير فإن مناطق المخ هذه تقلل من نشاطها .

ولسوء الحظ فإن مختلف دراسات مسح الدماغ تتضارب في بيان أي مناطق المخ يتزايد نشاطها أو يتناقص ، والمسألة غير محسومة حتى الآن ، على أن هذا الفرض يتفق مع نتائج الإيقاف الجراحي لهذه الدائرة ، وينتج عنها خفض كبير لأعراض الوسواس القهري في ما يقرب من ثلث المرضى .

٣- المحتوى البدائي للوساوس والقهر :

الخط الثالث من الأدلة على وجهة النظر الحيوية يتصل بالمضمون أو المحتوى الخاص باضطراب الوسـواس القـهري ، إن مـحتوى الوسـاوس والقـهر ليس اختيارياً «تحكمياً» ، ومثلها في ذلك مثل محتوى المخاوف المرضية التي تتكون أساساً من الأشياء التي كانت ذات مرة خطرة للجنس البشرى ، فإن محتوى الطقوس الوسـواسيـة والقـهرية هي أيضاً ضيقـة محـدودة وانتقائية . إن الأكثرية العظمى من مرضى اضطراب الوسـواس القهري



تُظهر الصورةُ التشريحَ العصبي للعقد العصبية القاعدية في منظر ثلاثي الأبعاد لدماغ الإنسان. تتألف العقد العصبية القاعدية من تراكيب متعددة، تشمل ⟨النواة المُذَنَّبة⟩ caudate nucleus و⟨الإتْبَة⟩ وputamen و⟨الكرة الشاحبة⟩ globus pallidus ، وتقع جميعها تحت قشرة المخ. وتتصل العقد العصبية القاعدية بالفَصِّ الجبهي بعدد من المسارات يحتوي احدها على نسج في ⟨التلفيف الثفني⟩ cingulate gyrus.

شكل (١٠) : تراكيب الدماغ التي يفترض ارتباطها باضطراب الوسواس القهري

لديهم وساوس من الجراثيم أو من العنف ، ويقومون بالاغتسال أو المراجعة استجابة لذلك . لماذا مثل هذا التركيز المحدد؟

لماذا لا تدور الوساوس حول أشكال محددة كالمثلثات ؟ ولماذا لا توجد وساوس عن تمرين رياضي كرفع الجسم بفرد الذراعين في وضع الانبطاح ، أو عن التصفيق باليدين ، أو عن ألغاز الكلمات المتقاطعة ؟ ولماذا الجراثيم والعنف؟ ولماذا الاغتسال والمراجعة؟

لقد كان الاغتسال والمراجعة - عبر التطور - على درجة كبيرة من الأهمية ، إن الاعتناء بالنفس وبالأمان البدني الخاص بالشخص وأطفاله اهتمامات بدائية ومركزية . وربما كانت مناطق المخ التي احتفظت بجوانب النظافة والمراجعة عن أجدادنا هي أكثر المناطق التي تخفق وتنحرف في اضطراب الوسواس القهري ، وربما كانت الأفكار المعاودة والطقوس في اضطراب الوسواس القهري آثاراً أو بواقي عميقة للعادات البدائية .

ولكن كيف يمكن التثبت من هذه الافتراضات ؟ يلاحظ القارئ أن ذلك أمر صعب المنال ، وليس من السهل التحقق من صدقه في الوقت الحاضر .

٤- دلائل من الطب النووي :

يمكن للطرق الفنية الحديثة في الطب النووي Nuclear medicine الآن أن تكشف عن جوانب الشذوذ التشريحي والكيميائي الحيوي الموجودة في مخ المرضى بالأشكال المختلفة من الأمراض النفسية والعقلية ، فقد فحصت بالتفصيل أمخاخ مرضى الفصام والاكتئاب وكذلك الوسواس القهري .

وتفترض الأدلة الحديثة أن هناك دائرة circuit بها نقص في أمخاخ مرضى الوسواس القهري ، فقد أعطى ثمانية عشر مريضا بهذا المرض ، إما علاجاً بالأدوية وإما علاجاً سلوكياً ، وقبل العلاج أجرى لهم فحص التصوير المقطعي بإطلاق مادة البوزترون Positron Emission Tomography (PET) لأمخاخهم . وقد تضمنت الإجراءات المتبعة حقن هؤلاء المرضى بمادة ذات نشاط إشعاعي radioactive تسمى الجلوكوز ، التي تمر في

الدورة الدموية من خلال تيار الدم ، وتصبح مركزة بوجه خاص في مناطق تستخدمها استخداماً كبيراً وتستفيد منها ، ويعني ذلك أن مناطق المخ النشيطة بوجه خاص سوف تصبح ذات نشاط إشعاعي أكبر من المناطق الأقل نشاطاً في المخ ، ويترتب على ذلك أن مناطق المخ المتضمنة في مرض الوسواس القهري يمكن أن تبدو على أنها مناطق «ساخنة» عندما يجرى للمرضى مسح Scan بالتصوير المقطعي .

ومن بين الثمانية عشر مريضاً استجاب ثلاثة عشر لنوعى العلاج بطريقة جيدة فانخفض بوضوح مقدار الأفكار الوسواسية والسلوك القهري . ثم تلقت المجموعتان مسحاً ثانياً بوساطة الأشعة المقطعية ، وقورن هذا المسح بالمسح الذي أجرى قبل العلاج ليرى الباحث أي مناطق المخ قد «بردت أو هدأت» بعد نجاح العلاج . وقد افترض أن رأس النواة المذنبة (ذات الذيل) Caudate nucleus داخلة في اضطراب الوسواس القهري ومتضمنة فيه ، وقد كشف التصوير المقطعي قبل العلاج أن هذا التركيب (ولكن في نصف الكرة الأيمن فقط) نشط جداً . وبعد أي من العلاج السلوكي وبالعقاقير أصبح هذا التركيب أقل نشاطا لدى المرضى الذين تناقصت الوساوس والقهر لديهم . وفضلاً عن ذلك فقد ظهر أنه كلما تناقصت الأعراض تناقص النشاط أكثر في هذا التركيب . وقد أجرى هذه الدراسة «باكستر» وزملاؤه عام ١٩٩٢ .

وتفترض مثل هذه الدراسات أن هناك دائرة في المخ ، تشتمل على نواة مناسبة ، وتقوم بتصفية Filteration مدخلات الهم أو الانزعاج Worry وكبحها وإخمادها ، تلك المدخلات التي تأتى من مكان آخر في المخ . وعندما تكون هذه النواة عاجزة أو ناقصة فإنها لا تكف الانزعاج أو القلق بدرجة كافية ، وتسمح للقلق بأن يسير قدماً إلى مناطق أخرى من المخ . ومن المحتمل أن تؤدي إلى اضطراب الوسواس القهري (Rosenhan & Seligman, 1995,p.59) .

٥ - فاعلية العلاج بالعقاقير :

العلاج المفيد بالعقاقير هو الخط الأخير الذي يدلل على النظرية البيولوجية في هذا المجال ، لقد وجد أن عقار «كلوميبرامين» يخفض أعراض الوسواس والقهر عند كثير من مرضى الوسواس القهري (Rosenhan & Seligman, 1995,p276f) ، وهو ما سنناقشه في الفصل الأخير من هذا الكتاب .

وفي دراسة مهمة عنوانها : «القطط بوصفها نماذج ممكنة لاضطراب الوسواس القهري وعلاجه» ، قدم «لورنس هارتمان» (Hartmann, 1995) حالة قطة أنثى أعطيت عقار «فلوكسيتين» Fluoxetine (من ١ إلى ٥ , ١ ملجم / يوم) لعلاج النظافة الزائدة أو لعق مساحات من الشعر . وفي خلال ثلاثة شهور اختفت بنسبة ٩٠٪ القطع الصلعاء التي سببها اللعق المسرف ، وبمرور ثمانية عشر شهراً عاد ظهور القطع الصلعاء عندما أوقف العلاج أو تم إنقاصه بدرجة كبيرة . ولم تلاحظ آثار جانبية كبيرة فيما عدا الدُّوار ، وربما بعض الجبن وتناقص الذكاء . ومن الممكن أن تكون زملة الأعراض هذه ذات فائدة بوصفها نموذجاً حيوانياً لدراسة اضطراب الوسواس القهري .

فحوص الدماغ وتصويره :

استخدم عدد من الباحثين طرق تصوير الدماغ Brain imaging ، وظهر بعض الفروق المثيرة في أمخاخ مرضى الوسواس القهري بالمقارنة إلى الأشخاص غير المصابين بهذا الاضطراب . وعلى الرغم من أنه لم توجد فروق في حجم المخ أو تركيبه فقد وجد نشاط زائد - بالمقارنة إلى الأسوياء - في جزء واحد من الفص الأمامي Frontal lobe من اللحاء المخي Cerebral cortex يسمى السطح المدارى أو المحجرى Orbital surface ، والنشاط أيضا موجود في اللحاء المطوق Cingulate Cortex ، وكذلك - بدرجة أقل - في النواة المذنبة (ذات الذيل) Caudate nucleus ، وتمتد هذه الدائرة Curcuit المخية من القسم المحجري للمنطقة الأمامية للحاء ، عبر النواة المذنَّبة إلى أجزاء من المهاد Thalamus . ويبدو أن النشاط في هذه المناطق مترابط ؛ أي أنه إذا كانت منطقة ما نشطة فإن المناطق

الأخرى تكون نشطة أيضاً . وهذه المناطق أيضاً تحدد موقع الممرات المتعددة للناقلات العصبية Neurotransmitters ، وأحد التركيزات القوية جدا للناقلات العصبية التي تخدم هذه المنطقة هي السيروتونين Serotonin .

وأحد أدوار السيروتونين أن يهدئ ويلطف من ردود أفعالنا ، ويعد كل من سلوك الأكل ، والسلوك الجنسي ، والعدوان تحت التحكم الكامل للمستويات المناسبة من السيروتونين . وتصبح هذه الأنواع من السلوك وغيرها أحيانا خارج الضبط عندما تنخفض مستويات السيروتونين .

وتعتمد الدراسات التي أجريت على هذه الدائرة الخاصة بالمخ – في المقام الأول – على الدراسات التجريبية للحيوانات ، وتبرهن على أن أي عطب Lesion في هذه المنطقة من المخ التي تقطع دوائر السيروتونين يبدو أنها تعوق القدرة على تجاهل المنبهات الخارجية غير المتعلقة ، وتجعل الفرد زائد الاستجابة ، وترتفع ردود أفعاله . ولذلك فإذا كان لنا أن نمر بخبرة إصابة دائرة المخ هذه أو قطعها ، فقد نجد أنفسنا نطيع أو نعمل وفق كل فكرة أو دفعة تدخل إلى عقولنا .

وتأتى لمحات من المكتشفات الشائقة أحياناً لعمل المخ البشري من التجارب الطبيعية الناتجة عن حوادث مؤسفة ، يتعرض فيها بعض الناس أحياناً لتلف أو إصابة في المخ Brain damage بعد حوادث سيارات أو غيرها أو بعد ورم في المخ بحيث تؤثر فقط في أجزاء صغيرة ومحددة من المخ ، وهذا أمر يفيد العلماء كثيراً في دراسة وظائف المخ ، وحتى نساعد هؤلاء الأفراد على الشفاء ، فإن العلماء يفحصون التغيرات النوعية التي حدثت في السلوك والشخصية لدى هؤلاء الأفراد ، ويربطون بين هذه التغيرات وأجزاء المخ التي تلفت أو أصيبت .

ولاستكشاف ما الذي عساه أن يحدث داخل مخ المريض باضطراب الوسواس القهري قام «توماس إنسل» Insel وهو عالم في الأمراض النفسية له توجه بيولوجي ، بمراجعة الدراسات والنتائج الحديثة ، ويصف «إنسل» إحدى الحالات التي درسها كل من

«آيسلنجر ، وداماسيو» لرجل كان محاسباً ناجحاً ، وزوجاً ، وأباً يكرس وقته لطفليه ، وذلك قبل أن تجرى له جراحة لاستئصال ورم في المخ . وقد تحسن الرجل من الجراحة بشكل جيد ، وبدا أن حالته طيبة ، ولكن في العام التالي لعلاجه منى عمله بالإخفاق ، وانفصل أيضا عن أسرته . وعلى الرغم من أن درجاته على اختبار الذكاء كانت مرتفعة كما كانت ، وكانت الوظائف العقلية كالذاكرة عنده سليمة ، فإنه لم يكن قادراً على الاحتفاظ بوظيفة ، ولا حتى أن يأتي في الزمن المحدد للمواعيد التي يضربها .

ما الذي عمله هذا الرجل ليسبب كل هذه المشكلات؟ لقد كان مندمجاً في طقوس قهرية مستمرة ، ولا يمكن التحكم فيها ، لقد كان يقضى معظم أيامه ويستنفدها في الاغتسال ، وارتداء الملابس ، وإعادة تنظيم الأشياء في الحجرة المفردة التي يعيش فيها ، وبكلمات أخرى فقد أصيب بأعراض اضطراب الوسواس القهري ، لقد كانت منطقة المخ التي تلفت لديه نتيجة لاستئصال الورم هي منطقة صغيرة من اللحاء المحجري الأمامي . ويبدو أن ذلك يدعم بقوة السبب البيولوجي للوسواس القهري .

ولكن توجد محاذير وتحوطات عدة ضد هذا التفسير البيولوجي الكامل للوسواس القهري ، وكان «إنسل» وعلماء الأعصاب الآخرون حذرين جداً عند تفسير هذه النتائج للأسباب التالية : **أولاً** : تتضمن هذه الحالة فرداً واحداً فقط ، فقد يستجيب الآخرون المصابون بالتلف نفسه بطريقة مختلفة . **ثانيا** : إن دراسات تصوير المخ كثيراً ما تكون غير متفقة بعضها مع بعض في تفاصيل مهمة كثيرة ، فيكون من الصعب أحياناً مجرد أن نحدد بدقة أين يحدث النشاط الزائد أو المنخفض ، لأن أمخاخ الناس تختلف إلى حد ما في تركيبها ، كما تختلف أحجام أجسادنا أو ملامح وجوهنا . **ثالثاً** : نتائج الدراسات التي تستخدم طرق تصوير المخ والتي ينتج عنها منظر مختلف لوظائف المخ لدى المرضى ، لا يستطيع العلماء الآخرون ولا العالم نفسه أحياناً أن يكرروها بنجاح ، أي أن النتائج متغيرة وغير ثابتة ، والحاجة ماسة إذن إلى إجراء مزيد من الدراسات ، وربما ننتظر حتى يحدث مزيد من التطور في التقنية قبل أن نكون واثقين في الحقيقة من دائرة المخ الخاصة هذه في علاقتها باضطراب الوسواس القهري .

ومن المحتمل كذلك - من ناحية أخرى - أن يكون نشاط هذه الدائرة الخاصة في المخ ببساطة نتيجة للتفكير المتكرر والسلوك الخاص بالطقوس الذي يميز مرضى الوسواس القهري - أكثر من كونه سببا له (Barlow & Durand, 1995,p. 57f) .

دراسات التخطيط الكهربي للدماغ :

تشير نتائج التخطيط الكهربي للدماغ EEG إلى وجود مكون مرضى فيزيولوجي لدى مرضى الوسواس القهري ، وأن هذا المكون يعتمد على أساس مركزي (متعلق بالجهاز العصبي المركزي) ، وأن منطقة الفص الأمامي هي موضع هذا الخلل الوظيفي ، ويوجد هذا النمط الشاذ للاستجابة المتعلق بالأعصاب - في المقام الأول - في أثناء القيام بالعمليات المعرفية (McCarthy & Foa,1990) ، حيث يوجد معدل حدوث أكبر من العادي لنواحي شذوذ غير محددة في تسجيلات المخ الكهربية EEG لدى مرضى الوسواس القهري ، وقد افترض أن هذا الشذوذ يقع غالباً في نصف الكرة الأيسر ، وهو فرض تؤكده ملاحظة أن هناك نسبة حدوث أكثر من العادي لحالات العسر أو استخدام اليد اليسرى لدى هؤلاء المرضى (Kaplan & Sadock, 1991,p. 404) . وقد يكشف المصابون بهذا الاضطراب زيادة في النشاط الراجع إلى الجهاز العصبي اللاإرادي (التلقائي) Autonomic عندما تواجههم في المختبر ظروف تثير الوسواس ، وتتناقص ردود الأفعال الفيزيولوجية بعد القيام بالأفعال القهرية (APA, 1994, p. 420) . كما اتضح أن كلاً من التهاب الدماغ وإصابات الرأس وأورام المخ ترتبط بتطور اضطراب الوسواس القهري (Davison & Neale, 1996,p. 153) .

حاشية : نقص فيتامين «ب» والوسواس القهري :

درس «هرمش» وصحبه (Hermesh, *et al.*, 1988) ثلاثين مريضاً بالوسواس القهري ومثلهم من مرضى الفصام المزمن ، ومثلهم عينة ضابطة من الأسوياء الأصحاء ، وأظهرت الدراسة أن مرضى الوسواس القهري لديهم معدل انتشار أعلى بدرجة جوهرية في نقص فيتامين «ب» من الفئة (١) ، و(٢) أكثر من المجموعتين الأخريين . وليس من

السهل أن نحدد هل هذا النقص سبب للاضطراب أو نتيجة له .

الموقف الحالي فيما يخص العوامل البيولوجية :

حدث تقدم كبير في فهم الأساس العصبي لاضطراب الوسواس القهري بالنسبة للعقد الماضي ، ولكن كثيراً من الأمور يتعين حلها ، أولها أن هناك نقصاً في الصدق الاتفاقي من دراسة إلى أخرى ، وقد يرجع ذلك إلى الاختلافات بين الطرق الفنية المستخدمة في التصوير العصبي Neuroimaging ، وثانيها أن الدراسات تميل إلى عدم التفرقة بين مختلف الأنواع الفرعية لاضطراب الوسواس القهري على الرغم من الأدلة على أن هذا الاضطراب حالة غير متجانسة .

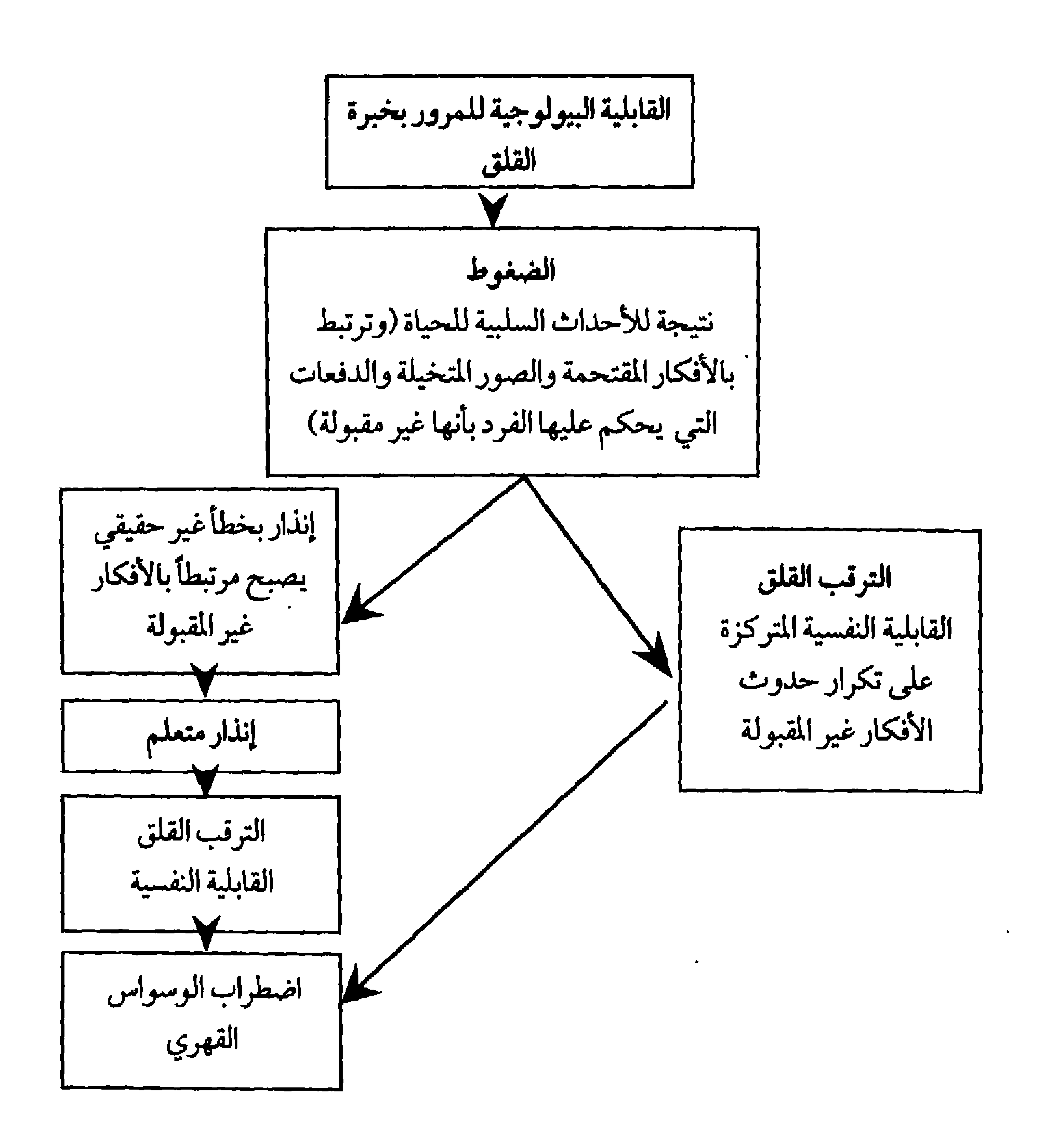
إن التمييز بين المجموعات الفرعية للاضطراب اعتماداً على كل من الأنواع الفرعية ، والوراثة ، والأبعاد النفسية ، والنفسية البيولوجية سوف يكون حاسما في فهم نتائج الدراسات الخاصة بعقاقير الأعصاب والجوانب السلوكية والمعرفية والتصوير الوظيفي في المستقبل (Cottraux & Gerard, 1998) .

لقد تمت الاستفادة من التطورات المذهلة في وسائل تصوير المخ ، ولكن النتائج غير مؤكدة (Kaplan & Sadock, 1991,p. 405) ، كما أن هناك مشكلات عدة في الفهم البيولوجي للوسواس القهري ، وأسئلة لا إجابة لها إلا بأن تتطلب مستوى نفسياً علمياً للفهم (Stein & Hollander, 1992) . كما أن هناك مشكلات كثيرة في دراسات الوراثة (التوائم) ، فضلاً عن ضرورة الضبط التجريبي للمتغيرات المؤثرة في الدراسات البيولوجية ، ويتعين البرهنة على أن التغير في أي من النشاط الكهربي للمخ أو صورته خاص بالوسواس القهري وحده دون بقية الاضطرابات . ولكل ذلك فإن الحاجة ماسة إلى إجراء مزيد من الدراسات .

تعدد العوامل السببية

ليس من السهل - كما رأينا خلال هذا الفصل - أن نفسر اضطراب الوسواس القهري بسبب واحد أو نظرية واحدة ، وتعدد العوامل أقرب التفسيرات إلى الصواب في

مثل هذا الاضطراب المركب . وقد وضع «بارلو» نموذجاً متعدد الأسباب ، يبينه شكل (١١) (Barlow & Durand, 1995,p. 199) .



شكل (١١) : نموذج أسباب اضطراب الوسواس القهري (عن بارلو)

قد يتساءل القارئ في نهاية المطاف : ما الأسباب الحقيقية لاضطراب الوسواس القهري؟ ونجيب عن ذلك بأننا أمام نوع مركب من الاضطراب ، وعلى الرغم من النشاط البحثي الكبير في هذا المجال ، ومن النتائج الواعدة والمهمة ، فإن الكلمة النهائية لم تقل بعد ، والأرجح أن تتبلور الأسباب حول الجوانب السلوكية والمعرفية والبيولوجية (الحيوية) ؛ ولذا فإن النموذج متعدد العوامل - كما ألمحنا - هو الأقرب إلى العوامل السببية في اضطراب الوسواس القهري .

ملخص

قدم الباحثون عددا من النظريات لتفسير اضطراب الوسواس القهري وبيان أسبابه . وأول هذه النظريات التحليل النفسي ، فيرى «فرويد» أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي من جراء الصراع بين الطفل والوالدين حول التدريب على عادات الحمام (التواليت) . ولكن الدلائل الواقعية على ذلك غير مقنعة ، كما أن التحليل النفسي قد أخفق في علاج هذا الاضطراب .

وتقدم النظريات السلوكية تفسيرات محددة لاضطراب الوسواس القهري ، منها أن أعراض هذا الاضطراب هي منبهات قلق ، حدث لها إشراط تقليدي ، وأن الطقوس القهرية محاولة من الشخص لتخفيض ذلك القلق . كما يعد المنحى السلوكي هذا الاضطراب سلوكا متعلما تم دعمه وتعزيزه عن طريق نتائجه وهي خفض القلق ، ويفسر الاضطراب على ضوء مفهوم تعلم التجنب ، ومفهوم خفض القلق ، مع التركيز على دور الخبرات المبكرة في حدوث هذا الاضطراب . وتتوافر الأدلة المدعمة لهذا المنحى السلوكي ، ولكن هناك عددا من المشكلات التي لم تحسم بعد .

وتفسر النظريات المعرفية اضطراب الوسواس القهري على أساس عدد من الجوانب ؛ أهمها الوجهة المعرفية التي تتركز حول توقعات مرتفعة جدا تؤدي إلى المبالغة في تقدير احتمال حدوث العواقب المضرة وغير المواتية ، مع وجود اعتقادات مخطئة ، وإدراك زائد للخطر ، وعدم ثقة المضطربين في استنتاجاتهم الخاصة ، واتصافهم بسمات

مثل التصلب والجمود وطلب الكمال والشك . وتركز النظرية المعرفية على اضطراب التفكير في الوسواس القهري ، ويفترض الباحثون وجود نقص لدى المضطربين في الكف المعرفي للأفكار التي تقتحم عقولهم . وتعد هذه المكتشفات فروضا مثمرة .

وهناك منحى مهم هو المنحي السلوكي المعرفي . وأما النظريات البيولوجية فتبحث أسباب اضطراب الوسواس القهري على ضوء كل من الدراسات الوراثية ، والعلامات الخاصة بالأعصاب ، وجوانب الشذوذ في المسح الدماغي ، وتصوير المخ ، والطب النووي ، وفاعلية العلاج بالعقاقير ، والتخطيط الكهربي للدماغ . وحدث تقدم كبير في هذه الجوانب ، واستفيد من التطورات المذهلة في وسائل تصوير الدماغ ، ولكن النتائج غير مؤكدة ، والحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات . ولذلك فإن المنحى الذي يركز على تعدد العوامل المسببة لاضطراب الوسواس القهري هو الأقرب إلى الصواب .

* * *

الفصل الثالث عشر

العلاج

إن مآل مرضى الوسواس القهرى سواء ممن تلقوا علاجاً أو لم يعالجوا لم يكن واعداً بوجه خاص حتى السنين الأخيرة ، وقد جربت طرق عدة منها : العلاج بالصدمة الكهربية التشنجية ECT ، والعقاقير المضادة للاكتئاب ، والعلاج النفسي المساند ، والاستئصال الجراحي لأجزاء من المخ كقطع الفص الجبهي Lobotomy ، ولكن النتائج كانت ضعيفة على المدى القصير وأسوأ على المدى الطويل (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 277) .

وكان اضطراب الوسواس القهرى - لمدة طويلة - يُعد غير مستجيب للعلاج ، فلم يكن العلاج النفسي ولا أى مجموعة من العقاقير تساعد على علاج الاضطراب ، ولكن ظهر في العقود الثلاثة الأخيرة علاجان ناجعان :

أ - معرفي سلوكي بالتعرض ومنع الطقوس .

ب- علاج بالعقاقير عن طريق مثبطات السيروتونين (Kozak & Foa, 1997,p. 21) .

وتستخدم في الوقت الحالي لعلاج مرضى الوسواس القهرى خمس طرق هى : العلاج بالعقاقير ، والجراحة النفسية ، والعلاج بالتحليل النفسي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج المعرفي . ونعرض لها بشيء من التفصيل فيما يلى .

العلاج بالعقاقير

يبدو أن اضطراب الوسواس القهرى يستجيب بشكل خاص للعقاقير التى تكف إعادة امتصاص أو تمثل السيروتونين Serotonin في المخ (وهو ناقل عصبي) ، ويوجد عقاران في هذه الفئة وهما : مضادات الاكتئاب المسماة «فلوكسيتين» Flouxetine (والاسم التجارى له بروزاك Prozac) والكلوميبرامين Clomipramine

(والاسم التجارى له أنافرانيل Anafranil) . وقد أدت فاعلية هـذه العقاقير بالباحثين إلى أن يفترضوا أن الاختلال في تنظيم نقل السيروتونين في المخ قد يكون متضمناً في نشأة اضطراب الوسواس القهرى وتطوره ، وذلك على الأقل بالنسبة لبعض المصابين بهذا الاضطراب . وقد ظهر كذلك أن العقاقير المشتملة على السيروتونين تميل إلى أن يكون لها تأثير علاجى في الأفعال القهرية أكثر من الوساوس . وفضلاً عن ذلك فإن كثيراً من المرضى باضطراب الوسواس القهري قد أخفقوا في الاستجابة لمثل هذه العقاقير ، وإن المرضى الذين استجابوا لهذه العقاقير يغلب أن يحققوا فقط فوائد متواضعة (Nevid, *et al.*, 1997, p. 223) .

إن الدراسات التى أجريت لتقدير آثار العقاقير في علاج اضطراب الوسواس القهرى كشفت عن نتائج واعدة ، ويبدو أن أكثرها فاعلية هى التى تضع جهاز النقل العصبي للسيروتونين هدفاً لها ، فإن بعض العقاقير التى تكف إعادة استهلاك reuptake السيروتونين لها آثار علاجية لدى ٦٠٪ من مرضى الوسواس القهرى ، ومع ذلك فإن ما يكتسبه المرضى من العلاج متوسط في أحسن الحالات ، ويحدث الانتكاس Relapse بشكل متكرر عند التوقف عن تعاطي العقار (Barlow & Durand, 1995,p. 199) .

وهناك ميزة في العلاج بالعقاقير بالنسبة إلى العلاج النفسي ، وهى أن الأخير قد يقاومه بعض المرضى منذ البداية ، ومن ثم فهو لا يصلح لهم ، ولذلك فلابد من اللجوء إلى العقار . انظر إلى هذه الحالة .

حالة رفض العلاج النفسي :

«ماجدة» فتاة في الثامنة عشرة من عمرها ، طالبة فى المدرسة العليا ، في مدينة صغيرة ، أحضرتها والدتها للطبيب النفسي بسبب إسرافها الشديد فى الاستحمام «بالدش» وطقوس ارتداء الملابس ، الاستحمام بالدش يستمر ساعتين ، وتستغرق نصف ساعة لتلبس ملابسها ، وتقوم بعملية عد لكل مرحلة من مراحل اللبس ، ويجب أن تتكرر سبع عشرة مرة تماماً . وقد بدأت هذه التصرفات في سن خمس عشرة سنة وبشكل

تدريجي ، وتسببت في تأخرها في المدرسة . ومر شهران من الإرشاد مع اختصاصي علم النفس بالمدرسة دون فائدة ، وعندما استشير الطبيب النفسي كانت دائرة أصدقاء المريضة ونشاطاتها قد ضاقت ، وكان يفوتها الذهاب إلى المدرسة مرة أو مرتين في الأسبوع .

لقد كانت «ماجدة» فيما مضى منطلقة ، لها شعبية بين زميلاتها ، درجاتها متوسطة ، ولم تكشف فيما مضى عن اهتمام غير عادى بالنظافة أو الدقة ، ولم تعبر سلفاً عن أفكار غريبة أو انشغال بأمر محدد ، ولم تظهر عليها أى مشكلات سلوكية جديرة بالملاحظة .

وعندما أجريت لها مقابلة شخصية كانت مرتبكة عندما ناقشت سلوك الاغتسال والعد ، وقالت : «أنا أعلم أنها حماقة ، ولكنى يجب أن أفعل ذلك ، ولا أعرف لماذا» . ومن أهم ما قالته : «إننى أصارع ضد الأعراض وأقاومها باستمرار دون نجاح» ، وقالت : «إننى لم أسمع قط عن أى شخص آخر لديه هذه المشكلة» .

ثم حولت «ماجدة» إلى اختصاصى في علم النفس لإجراء العلاج السلوكى . ولكنها لم تتعاون في العلاج ، وصممت على أنها يجب أن تستمر في هذه الطقوس . وكان الحل أن يوصف لها عقار ، فتعاطت الكلوميبرامين ، وبعد ثلاثة أسابيع من تعاطيه تناقصت الدفعات القهرية إلى الاغتسال والعد بدرجة كافية مكنت المريضة من التعاون مع أسرتها ومع اختصاصى علم النفس نحو مزيد من علاج أعراضها الغريبة . وبعد ثلاثة أشهر خفضت جرعة العقار نتيجة للنعاس والكسل والإمساك (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 651f) .

ولكن دراسة أخرى بينت عدم فاعلية الكلوميبرامين في علاج أعراض اضطراب الوسواس القهري ، على الرغم من خفضه للاكتئاب لدى هؤلاء المرضى . ويشير بعض الدراسات إلى أن الاكتئاب لدى مرضى اضطراب الوسواس القهرى يمكن أن يكون ثانوياً لأعراض الوسواس القهرى ذاتها أو سببا لها . وكشفت دراسة أخرى أن فوائد الكلوميبرامين فى اضطراب الوسواس القهري قصيرة الأمد ، فإن إيقاف هذا العقار

والانسحاب منه يؤدي إلى معدل انتكاس مرتفع جداً بالنسبة لنظيره فى طريقة منع الاستجابة (Davison & Neale, 1996,p. 154) .

والكلوميبرامين كذلك ليس عقاراً كاملاً ، فإن نصف المرضى تقريباً لا يتحسنون بوساطته ، أو أنهم لا يمكن أن يتعاطوه نتيجة لآثاره الجانبية ، والتى تتضمن النعاس أو الكسل ، والإمساك ، وفقد الاهتمام بالجنس . وأن من يستفيدون من هذا العقار نادراً ما يُشْفوْن تماماً ، فإن أعراضهم تخمد أو تضعف ، ولكن تبقى عادة آثار الأفكار الوسواسية ، ويظل إغراء القيام بالطقوس القهرية موجوداً . وعندما يتوقف المرضى الذين يستفيدون من تعاطي هذا العقار عن تعاطيه فإن كثيراً منهم - وربما كان معظمهم - سوف ينتكسون تماماً . ولكن الكلوميبرامين بالتأكيد أفضل من لا شيء (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 279) .

ونقدت «سوزان فرانزبلو» وصاحبتاها (Franzblau, *et al.*, 1995) نموذج امتصاص مثبطات السيروتونين في اضطراب الوسواس القهرى ، ويفترض أصحاب هذا النموذج أن الفرد الذى شخص بأنه مريض باضطراب الوسواس القهري لديه إنتاج زائد من الناقل العصبي المسمى السيروتونين ، وهو «أمين» Amine (مركب) حيوى مشتق من الحامض الأمينى المتبلور : تربتوفان Tryptophan . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا الفرض محدود في تفسيره لأسباب اضطراب الوسواس القهري ، وينقصه الدليل الواقعى العملى . وفضلاً عن ذلك فإن الأدلة متناقضة فيما إذا كان عقار «سيرترالين» Sertraline يعمل بوصفه مثبطاً نوعياً لامتصاص السيروتونين ويخفض بشكل فاعل اضطراب الوسواس القهرى أكثر مما يقوم به «الكلوميبرامين» .

ومن ناحية أخرى فقد أشارت مختلف الدراسات التى أجريت على الحيوان والإنسان إلى أن السلوك القهري يمكن أن ينظر إليه على أنه استراتيجيات سلوكية لزيادة مشاعر الكفاءة الشخصية استجابة للبيئات المحصورة المقيدة ، والعزلة الاجتماعية ، والوحدة (لدى الآدميين) . وقد وضع نموذج الكفاءة الشخصية Self - efficacy بوصفه بديلاً تفسيرياً لنموذج «السيروتونين» .

خلاصة القول بالنسبة لاستخدام العقاقير المتاحة حالياً مع مرضى الوسواس القهرى أن بعضها مناسب لبعض المرضى ، ولكنْ لها آثار جانبية مزعجة ، في حين أنها لا تصلح لكل المرضى . والأخطر من ذلك هو أن التوقف عن تعاطى العقار يتسبب فى انتكاس المريض .

الجراحة النفسية

الجراحة النفسية Psychosurgery نوع خاص من جراحة المخ ، وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها "«إزالة جراحية انتقائية أو تدمير لمسارات عصب ، وذلك لتأثيرها السلوكى» . ويصفها «بريدجس ، وبارتلت» بأنها علاج جراحى لأمراض طبية نفسية معينة ناجمة عن أعطاب Lesions متمركزة في أماكن مخية نوعية ، وتتسم بتدمير نسيج تشريحي سليم بهدف إحداث تغير مرغوب في السلوك ، أو من أجل شفاء أعراض نفسية مثل التوتر والقلق .

وهذه الجراحة - كما تمارس اليوم - مأخوذة فى الأصل من الطبيب النفسي السويسرى «جوتلب بيركهارت» Burchhardt ، وقد كتب عام ١٨٩٠ : إنه على الرغم من أن بعض الأطباء يؤيدون فكرة «عدم إلحاق الأذى بالمريض بأى حال من الأحوال» ، فإنه يتبع المبدأ القائل بأنه : «الأفضل أن يكون هناك علاج مشكوك فيه بدلاً من عدم وجود علاج على الإطلاق» .

وقد قام «سايكس ، وتريدجواد» باستعراض لحالة ٣٢٠ مريضاً تلقوا جراحة أسفل السطح الحجاجى أو المحجرى ، ووجدا معدلات تحسن كالآتى : ٦٩٪ للاكتئاب ، و٤٤٪ للقلق ، و٣٠٪ فقط للعصاب الوسواسي . ومع ذلك يقع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية - من الناحية التاريخية - تحت ثلاث فئات تشخيصية كبرى : الفصام المزمن ، والحالات النفسية الجسمية غير المتحكم فيها وحالات الألم غير المحتمل ، والمرضى ذوى الشخصيات المتماسكة الذين أنهكتهم التوترات الوسواسية إلى الحد الذى تعجزهم فيه (كولز ، ١٩٩٢ ، ص٥٠٤ ،ص ٥١١) .

وقام «جينايك» وزملاؤه عام ١٩٩١ بفحص سجلات ٣٣ مريضاً بالوسواس القهرى ، وكان معظمهم حالات شديدة جدا من المرضى أخفقت فى الاستجابة لكل أنواع العلاج سواء أكانت عقاقير أم علاجات نفسية . وبعد إحداث تلف محدود جداً بوساطة الجراحة للحزمة المطوقة Cingulate bundle (وهى الأسلوب الجراحي المعروف باسم قطع الطوق Cingulatomy ، فقد استفاد ٣٠٪ تقريباً من المرضى فائدة كبيرة . ويجب أن نلاحظ أن هؤلاء المرضى لم يكن يبدو أن لديهم أى أمل مهما كان في العلاجات الموجودة ، ومن ثم تستحق الجراحة أن ينظر إليها بوصفها الملجأ الأخير ، وتستخدم نادراً جداً ، ولم تدرس بشكل منظم بعد (Barlow & Durand, 1995,p. 59) .

والإجراء المستخدم حالياً يسمى الاستئصال الطوقي Cingulatomy ، ويتلخص فى تدمير مسافة تتراوح بين ٢و٣ سنتيمترات من المادة البيضاء White matter فى الطوق Cingulum وهى منطقة قريبة من الجسم الجاسئ Corpus Callosum . وعلى الرغم من أن بعض التقارير تورد بعض التحسن الإكلينيكى ، فمن المناسب أكثر أن يُنظر إلى التدخل الجراحي على أنه الملاذ الأخير (Davison & Neale, 1996,p. 155) . وقد أكد «جينايك» وزملاؤه ضرورة تحقق معايير محددة قبل إجراء الجراحة ويوضحها جدول (٤٤) .

ويبين تقرير حديث عن جراحة الأعصاب Neurosurgery لمرضى الوسواس القهرى (انظر: Jenike, *et al.*, 1998) أن النتائج بعيدة عن أن تكون حاسمة ، وهناك جدل كبير حولها ، ويبدو أن التقارير المنشورة عن هذه الجراحة ليست كلها صادقة . كما لا توجد محاولات مضبوطة Controlled trials لهذه العمليات التى يمكن أن تتأثر كثيراً باستخدام إجراء زائف Placebo effect . ومن الحكمة أن نكشف للمريض عن هذا الشك وعدم التيقن ، وذلك حتى تكون لديه فكرة دقيقة ، لأنه إذا استمرت الأفكار المخطئة عن هذه العمليات الجراحية فإن بعض المرضى لن ينفذ الواجبات والأعمال الكثيرة المطلوبة للتحسن بوساطة العلاج السلوكى ، لأنهم سيشعرون أن هناك طريقاً أسهل ، وقد يرفض مرضى آخرون (أو أطباؤهم النفسيون) اختيار العلاج بجراحة الأعصاب اعتماداً على افتراضات زائفة .

جدول (٤٤) : معايير استخدام جراحة الأعصاب في علاج الوسواس القهرى

١- يحقق المريض المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهرى .
٢- يزيد دوام المرض عن خمس سنوات .
٣- يسبب الاضطراب معاناة شديدة .
٤- يسبب الاضطراب خفضاً شديداً في وظائف المريض النفسية والاجتماعية .
٥- لم يؤثر العلاج المستخدم حالياً في الأعراض ، أو توقف المريض عن العلاج بسبب عدم تحمله الآثار الجانبية .
٦- يعد مآل الاضطراب ضعيفاً بصرف النظر عن العلاج بجراحة الأعصاب .
٧- يعطى المريض موافقة نافية للجهالة .
٨- يوافق المريض على الاشتراك في برنامج الفحص الذى يجرى قبل العملية الجراحية .
٩- يوافق المريض على الاشتراك في برنامج التأهيل التالى لإجراء الجراحة .
١٠- وجود طبيب باطنى في منطقة السكن المحلى للمريض يقبل المسؤولية عن المريض بعد إجراء الجراحة ، ويقبل كذلك متابعة حالته على المدى الطويل .

عن (Jenike, *et al.*, 1998) .

وحيث إن الأكثرية العظمى من المرضى الذين يتعرضون لجراحة الأعصاب يعدون عاجزين بشدة وبشكل مزمن فمن الممكن جداً أن تساعد هذه العمليات الجراحية على خفض بعض أعراضهم ، ولكن الحاجة ماسة إلى الاستمرار في إجراء الدراسات في هذا المجال . إن المرضى عادة لا يتحسنون فوراً بعد الجراحة ، فلابد من مرور أسابيع قليلة أو أشهر للوصول إلى التحسن المثالى ، ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات التى تبدأ بعد إجراء العملية الجراحية مباشرة ، وتستمر حتى أفضل تحسن حققه المريض .

من الواضح إذن أن الجراحة النفسية لمرضى الوسواس القهرى لابد أن تستخدم بعد اتباع احترازات معينة ، فلها محاذير كثيرة ، ويتعين أن تكون هى الملاذ الأخير لنوعية محددة وخاصة من المرضى . ويجب ألا ننسى دائماً أن الجراحة النفسية التى تستخدم استئصال Ablation أجزاء معينة من المخ (كالطوق) نهائية ويتعذر إلغاؤها Irreversible ، ولا رجعة فيها ، ومن ثم فلابد من التفكير جيداً قبل اللجوء إليها .

العلاج بالتحليل النفسي

المسألة الأساسية في العلاج التحليلي للوساوس هى تمكين المريض من أن يتعرف إلى الصراع الكامن عن طريق إبطال كبت الصراع اللاشعورى ، فيجب على الأم التى تعانى من أفكار قتل الأطفال (انظر ص ٢٧٦) أن تحقق الاستبصار فى الدفعة Impulse الخاصة لفعل ذلك مع إخوتها خلال الطفولة ، وتفهم العلاقة بين هذا الصراع ومشكلاتها الحالية . ويتضمن العلاج الدينامي لمرضى الوسواس القهري تحليلاً متعمقاً للدفاعات الوسواسية القهرية ، ويمكن أن يتوقع أن يستغرق هذا النوع من العلاج سنين عدة . ونتيجة لعدم وجود دراسات تستخدم عينات ضابطة لعلاج التحليل النفسي لمرضى اضطراب الوسواس القهري فمن الممكن أن نستنتج أن فاعليته في علاج هذا الاضطراب قليلة (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 278) .

إن اضطراب الوسواس القهرى واحد من المشكلات النفسية الصعبة في علاجها ، والعلاج التحليلي النفسي للوسواس القهرى يشبه علاج المخاوف المرضية والقلق العام ، ويتلخص فى رفع الكبت وإلغائه ، والسماح للمريض بأن يواجه ما يخافه في الحقيقة ، ويتلخص في أن دفعة معينة تتطلب الإشباع أو الإرضاء . وإن الأفكار المقتحمة والسلوك الذى لا يمكن مقاومته ليست أهدافاً ملائمة للتغير العلاجى ، حيث يساعد عملها في حماية «الأنا» من الصراع المكبوت .

والإجراءات التحليلية النفسية غير فاعلة في علاج اضطراب الوسواس القهرى ،

وقد حث هذا القصور بعض المحللين العاملين في المجال ليتبنوا مدخلاً سلوكياً موجهاً إلى الفعل والعمل أكثر بالنسبة لهذا الاضطراب ، ويعدون دور الفهم التحليلي النفسي بوصفه طريقة لزيادة الخضوع للإجراءات السلوكية كما ذكر «جينايك» .

فقد حذر «سالزمان» Salzman مثلاً من أن التداعي الحر مجرد تغذية لوسواسية المريض ، ومن ثم فقد اقترح أن يكون المحلل أكثر توجيهاً في قيادة المناقشة ، ويفترض أن عدم الحسم الذى يشاهد على معظم مرضى الوسواس القهرى ينبع من حاجة إلى الصواب المضمون قبل القيام بأى فعل . ولذلك فيجب أن نعلّم المرضى أن يتحملوا الشك والقلق اللذين يشعر بهما كل الناس لدى مواجهتهم للحقيقة القائلة بأنه لا شيء مؤكداً أو يمكن السيطرة عليه بشكل مطلق في هذه الحياة . كما يقترح أن يقوم المعالج بتشجيع المريض على التخلى عن دفاع الأنا المتجسد في التصرف بطريقة قهرية . ولكن يظل التركيز النهائي في العلاج على الاستبصار بالمحددات اللاشعورية (Davison & Neale, 1996, p. 153f) .

ولكن العلاج النفسي التقليدى أثبت أنه غير فاعل في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهرى ، ففى عينة من تسعين مريضاً داخلياً وجد «كرنجلين» عام ١٩٦٥ أن ٢٠٪ فقط قد تحسنوا فى مدة قوامها ١٣-٢٠ عاما بعد العلاج . وأورد «جريمشو» فى العام نفسه نتائج أفضل إلى حد ما ، تصل إلى تحسن ٤٠٪ من عينة المرضى الخارجيين فى مدة تتبع تراوحت بين ١و١٤ عاماً (McCarthy & Foa,1990) . ويورد مسح أحدث أن علاج اضطراب الوسواس القهرى اعتماداً على نظرية التحليل النفسي ذو فاعلية محدودة (Halgin & Whitbourne , 1993, p. 185) . على أن تحسناً كبيراً فى علاج اضطراب الوسواس القهرى ظهر من تقديم الطرق السلوكية المشتقة من نظرية التعلم ، وهو ما نعرض له في الفقرة التالية .

العلاج السلوكى

مقدمة :

بينت الدراسات المنظمة أن المرضى القهريين يكشفون عن جوانب الشذوذ الآتية : المستوى الفيزيولوجي العام للتنبه Arousal (كما يقاس باستجابة الجلد الجلفانية GSR) مرتفع جداً ، فعندما يعتقد المرضى - كما في حالة قهر النظافة - أنهم لمسوا جراثيم أو بكتيرياً أو نحوها فإن مستوى التنبه يرتفع ، ويزداد بالتبعية قلق يعذب المريض ، متصل بأخطار إصابته بعدوى . ويبحث المريض عن ملجأ وملاذ فى طقوس الاغتسال والتنظيف ، وفى أثناء ذلك ينخفض تماماً كل من التنبه الفيزيولوجي والقلق لدى المريض ، ويشعر المريض بأنه في حال أفضل . وإذا ما أعيق الاغتسال والتطهير ، أو إذا قوطعت طقوس الاغتسال فإن القلق ومستوى التنبه الفيزيولوجي لا يرتفعان ، وبدلاً من ذلك فإنهما ينخفضان ، إلا أن هذا الانخفاض يكون بطيئاً جداً . وإذا لم يجد المرضى ملجأ أو ملاذاً فى طقوس الاغتسال فإنهم يظلون في حالة من عدم السرور تستمر مدة طويلة .

وساعدت هذه المعلومة الصغيرة (ولكنها مع ذلك دقيقة) على رسم خطة علاجية تعتمد على افتراض مفاده أن طقوس الاغتسال تعد إحدى طرق السلوك الهروبى ، حيث يبحث المريض - بأسرع ما يمكنه - عن الهرب من حالة التنبه الفيزيولوجي غير السارة . كما يعرف اختصاصى علم النفس الآن أنه فى مثل هذه الحالات يمكن تحقيق أسرع النتائج وأدومها بأن يقود المريض - بشكل متكرر ولفترات طويلة من الزمن - إلى موقف محدث للقلق ، ويمنع كل سلوك هروبي حتى يتلاشى القلق . وكلما زادت فترة مواجهة المريض لمواقف محدثة للقلق دون زوالها زاد انخفاض مستوى التنبيه الفيزيولوجي ، وأسرع هبوط القلق ، وأصبح السلوك القهرى غير ضرورى . وأثبتت دراسات «فووا» وزملائها أن معدل الشفاء نتيجة هذا الإجراء التدريبى الذى يعتمد على هذا المبدأ الأساسى ، لا بأس به (Florin & Figenbaum, 1992) .

وللعلاج السلوكى طرق عدة (انظر للتفصيل : عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤) منها - بالنسبة - للوسواس القهرى- التحصين المنظم ، وإيقاف التفكير ، والغمر ، والعلاج الانفجارى ، والإشراط المنفر ، ومنع الاستجابة (Kaplan & Sadock, 1991,p. 408) .

ولكن الطرق السلوكية المبكرة التى هدفت إلى خفض القلق المرتبط باضطراب الوسواس القهرى والتى استخدمت غالباً التحصين المنظم Systematic desensitization اتضح أنها تقلل الأعراض لدى نسبة لا تزيد على ٣٠٪ من المرضى ، وهي غير مناسبة بطبيعة الحال . وقد استخدمت إجراءات علاجية لزيادة الاعتياد على القلق خلال التعرض المستمر للمنبهات المخيفة (مثال ذلك : المقصد التناقضى ، والغمر المتخيل ، والتشبع ، والراحة الناجمة عن التنفير) ، ولم تكن هذه الطرق ناجحة كذلك .

كما استخدمت العلاجات السلوكية التى تهدف إلى إيقاف أو عقاب الوساوس والأفعال القهرية مثل إيقاف التفكير Thought stopping ، والعلاج المنفر Aversion therapy باستخدام صدمة كهربية ، والتحصين المضمر (غير الصريح) . وظهر أن إيقاف التفكير غير فاعل تماما في كثير من الحالات ، ولم يتم فحص الفاعلية طويلة المدى لهذه الإجراءات العلاجية (Riggs & Foa, 1993) . ولكن أكثر طرق العلاج السلوكي فاعلية هى التعرض ومنع الاستجابة ، ونعرض لهما فيما يلى .

التعرض ومنع الطقوس

حدث تحسن «درامي» فى علاج اضطراب الوسواس القهري منذ نشر «فكتور ماير» Meyer عام ١٩٦٦ عن حالتين عولجتا بنجاح بعلاج تضمن التعرض الممتد Prolonged exposure للمثيرات الوسواسية ، ومنع حازم للطقوس القهرية . وقد عرف هذا الإجراء الفنى منذ ذلك الوقت باسم التعرض ومنع الاستجابة Exposure and response prevention (ERP) ، وقد دلت الدراسات بعد ذلك على أن هذه الطريقة الفنية ناجحة تماماً مع عشر حالات من خمس عشرة حالة ، وأنه فاعل جزئياً مع الحالات

الباقيـة بعـد تتبع هذه الحالات لمدة خمس سنوات ، وقد انتكست فقط حـالتان من الخمس عشـرة حالة .

وتتبع البـرامج الحالية للتعرض ومنع الاستجابة - بشكل نموذجي - طريقة «ماير» ، وتتضمن كلا من التعـرض وإعاقة الطقـوس Ritual blocking . وتتم تمرينات التعـرض عـادة فى جلسـات فى الحيـاة الواقـعيـة in vivo ، مثـال ذلك أن نطلـب من المريض الذى يخاف التـلوث من الجراثيم أن يجلس على الأرض ، وتتم مـواجـهـة العـواقب أو النـتائج المخيفة عـادة عن طريق التعرض التخيلى Imaginal . وقد صـمم كل من نوعى التـعرض (الواقـعي والتخيلى) بوجه خـاص لإثارة الضيق أو الكرب الوسـواسي ، كمـا أن التـعرض المتكرر والممتد دون حـدوث طقوس قهرية أو تجنب يمد المريض بمعلومات تنفي التـداعيات والتـقديرات الخـاطئة التى يعتنقهـا ، وتؤدي إلى تطوير اعتيـاده على الأفكار والمواقف التى كان يخافها سابقاً .

والتعرض يكون عادة بشكل تدريجي ، فإن المواقف التى تثير ضيقاً متوسطاً يواجهها المريض قـبل المواقف التى تثير قـدراً كـبيراً من الضـيق ، ويتم تحديد تمريـنات التعـرض التى تحـدث بين الجلسـات العـلاجيـة . كـمـا يطـلب من المرضى أيضـاً أن يمتنـعوا عن القـيـام بالطقوس بين الجلسات (Foa, *et al.*, 1998) .

ويتم إنجاز التعرض ومنـع الاستجابة عادة بالعمـل - ببسـاطة - قريباً من المريض لنرى أنه لا يقـوم بعـمـليـة اغتسـال ولا مـراجـعـة . ولكن الحـالات الشـديدة مـن المرضى يمكن أن تدخل إلى المستشفى وتنزع المقـابض من أحـواض الغسيل في الحمـامـات لفتـرة من الزمن لمساعـدة المريض على الإحـجام عن الاغـتسال المتكرر . وطالما مُنعت الطقـوس فإن هذه الإجراءات يبـدو أنها تسهل عـملية «اختبار الواقع» Reality testing ، حيث يتـعلم المريض فـوراً - على المستـوى الشـعـورى - أنه لن يقع ضـرر أو أذى على من يحبـهـم المريض سـواء أقام بطقوسه أم لم يقم (Barlow & Durand, 1995,p. 200) .

ويسـاعد التـعرض ومنع الاسـتجابة معـا الأشـخاص المصـابين باضطراب الوسـواس

القهري على أن يتعلموا تحمل القلق الذى يشعرون به عندما يتم منعهم من تنفيذ طقوسهم القهرية ، وفي النهاية يخمد القلق وينخفض نتيجة للتعرض المتكرر ، ويشعر الفرد بإجبار أقل للقيام بالطقوس التى كان يقوم بها . ويعتقد بعض الباحثين أن مبدأ الانطفاء Extinction أو إضعاف استجابة القلق بعد التقديم المتكرر للهاديات Cues الوسواسية في غياب أى عواقب أو نتائج منفرة ، هو الذى يكمن وراء التأثير العلاجي لهذه الطريقة .

ويمكن استخدام طريقتى التعرض مع منع الاستجابة - على سبيل المثال - في حالات الأشخاص المصابين بالوسواس من أن أيديهم ملوثة بالجراثيم ، وهم من يشعرون بأنهم مجبرون على غسل أيديهم بشكل متكرر ، وقد تتطلب خطة العلاج من المريض أن يتعرض إلى مصادر التلوث كالحفر فى القاذورات بأيد عارية ، ويُمنع من غسل يديه مباشرة بعد ذلك . ويمكن للمرضى الذين يشكون من طقوس المراجعة أن يتعرضوا لمواقف يشعرون فيها بدفعات نحو المراجعة ، مثل مغادرة منازلهم ، ويُمنعون من مراجعة الأجهزة المنزلية وقفل الباب . وتنظم محاولات التعرض عادة بطريقة هرمية تشتمل على المواقف الضاغطة بشكل متزايد (Nevid, *et al.*, 1997,p. 229) . واتضح أن التعرض ومنع الاستجابة طرق فاعلة جدا فى التخفيف من اضطراب الوسواس القهرى ، ونتج عنها استمرار كبير للمكاسب بعد توقف العلاج .

التعرض مقابل منع الطقوس :

تضمنت معظم الدراسات المتعلقة بفاعلية التعرض في علاج اضطراب الوسواس القهرى أيضاً منع الطقوس مما يربك بيان تأثير الأسلوبين . وحتى نفصل تأثير كل أسلوب فقد أجريت دراسة وزع فيها المرضى بطقوس الاغتسال على ثلاث مجموعات علاجية : التعرض فقط ، أو منع الطقوس فقط ، أو الجمع بينهما . وأجرى كل علاج بطريقة مكثفة (١٥ جلسة مدة كل منها ساعتان عبر ثلاثة أسابيع) وتلتها زيارة منزلية .

وعلى الرغم من أن تناقص الأعراض قد لوحظ فى كل طريقة علاجية بعد العلاج وفى مرحلة التتبع فإن العلاج الذى جمع بين التعرض والمنع كان أفضل من التعرض

وحده ومن المنع وحده فى كل عرض تقريباً ، سواء أكان ذلك بعد العلاج أم فى مرحلة التتبع .

وقد لوحظ أن المرضى الذين تلقوا علاج التعرض وحده قرروا شعورهم بقلق منخفض عندما ووجهوا بالملوثات التى يخافونها أكثر من المرضى الذين تلقوا منع الطقوس فقط ، في حين أن مجموعة المرضى الذين استخدمت معهم طريقة منع الطقوس فقط قرروا تناقصاً كبيراً فى الدفعة القهرية إلى القيام بطقوسهم أكثر مما قرر المرضى الذين عولجوا بالتعرض فقط .

ومن ثم فقد اتضح أن التعرض ومنع الطقوس يؤثران فى الأعراض بطريقة مختلفة : فالتعرض يقلل من الضيق الوسواسى في المقام الأول ، في حين أن منع الاستجابة يقلل من الطقوس أساساً .

والخلاصة التى يجب أن نستنتجها من هذه النتائج أن التعرض ومنع الطقوس يجب أن يستخدما معاً بطريقة متزامنة ، وأن العلاجات التى لا تشتمل على كل من المكونين تؤدي إلى نتائج غير جيدة (Foa, *et al.*, 1998) .

ونعرض في الفقرات التالية لكل من التعرض ومنع الاستجابة بشيء من التفصيل :

أولاً ـ التعرض :

تتضمن طريقة التعرض Exposure وضع الفرد في مواقف تثير الأفكار الوسواسية بقوة ، ومثل هذه المواقف - بالنسبة لكثير من الناس - من الصعب تجنبها ، مثال ذلك أن مغادرة المنزل يمكن أن تثير الأفكار الوسواسية عما إذا كان الفرد قد أغلق صنابير الغاز أو النوافذ أو الأبواب أو لم يغلقها (Barlow & Durand, 1995,p. 200) .

وضع قائمة لمواقف التعرض :

اعتماداً على ما عرفه المعالج من المريض من تفاصيل عن وساوسه وأفعاله القهرية ، يجب أن يقوم المعالج - مع المريض - بوضع قائمة لمواقف التعرض التى يجب أن يواجهها

المريض خلال البرنامج العلاجى . ويختار من ١٠ إلى ٢٠ موقفاً تضم المجالات الأساسية لوساوس المريض التى تسبب له الضيق . وأكثر أهمية من عدد هذه المواقف ، أن تكون ممثلة للصعوبات والمشكلات الرئيسة التى تكون هدفا للعلاج .

ويطلب المعالج من المريض أن يقدر درجة الضيق الناتجة عن كل موقف باستخدام مقياس تقدير يشتمل على وحدات (تسمى SUD) تتراوح بين صفر و ١٠٠ .

قواعد عامة لاختيار مواقف التعرض :

١- البنود المختارة للتعرض (أى البنود أو المواقف أو الأفكار التى تثير كلا من الضيق والاندفاع للقيام بالطقوس) تختار تبعاً لتقرير المريض عن درجة إثارتها للخوف .

٢- يجب أن يواجه المريض هذه المواقف تبعاً لترتيب تصاعدى لصعوبتها ، مع البدء بالمواقف التى تكون متوسطة الصعوبة ، أى إنه إذا كان أعلى بند يثير ١٠٠ وحدة من الضيق ، فيفضل أن تكون نقطة البدء بالبند الذى حصل على ٥٠ وحدة .

٣- يجب أن يواجه المريض أكثر البنود إثارة للضيق قبل التاريخ المخطط له على أنه نهاية للعلاج بوقت كاف . ويمكن أن يشتمل الجدول النموذجى للعلاج المكثف على ١٥ جلسة تعرض خلال ثلاثة أسابيع ، بحيث يخطط لمواجهة أصعب البنود فى اليوم السادس للتعرض .

٤- بعد مواجهة أكثر البنود صعوبة يجب أن تتضمن جلسات التعرض التالية تكراراً للتعرض لأكثر البنود صعوبة مع تقديم تنوعات لهذا التمرين . وإذا تم تعرف بنود جديدة بعد جلسات التخطيط الأولية فيجب أن تدرج في الجلسات التالية ، ويمكن أن يلغى التعرض لبند ما عندما لا يثير ضيقا أو يثير أقل درجة من الضيق ليومين متتاليين .

٥- يعقد اتفاق واضح مع المريض على البنود التى تمثل العناصر المحورية للخوف الوسواسي ، والتزام المريض بمواجهة كل البنود تبعاً للجدول المتفق عليه مع المعالج . ولكن هذا الجدول ليس جامداً بل يمكن تعديله بعد ملاحظة أداء المريض في مختلف

جدول (٤٥) : عينة من بنود قائمة تعرض متصلة بالخوف من التلوث

الخوف من التلوث
١- المس حذاءك من فوق .
٢- المس أسفل حذائك .
٣- اجلس على أرضية المكتب .
٤- المس سدادة حوض الغسيل في العيادة .
٥- المس مقبض الباب في حمام العيادة .
٦- المس مزلاج حجرة «الدش» في حمام العيادة .
٧- اجلس على الأرض في حمام عام .
٨- المس مقبض (السيفون) في حمام العيادة .
٩- المس لفة ورق «التواليت» في حمام العيادة .
١٠- المس غطاء مقعد المرحاض في حمام العيادة .
١١- المس جسم المرحاض في حمام العيادة .
١٢- اجلس على مقعد المرحاض في العيادة وأنت لابس ملابسك .
١٣- اجلس على مرحاض العيادة لتتبول ، استخدم ورق (التواليت) ، وشد (السيفون) بيدك .
١٤- اجلس على مرحاض مطعم لتتبول ، استخدم ورق (التواليت) ، وشد (السيفون) بيدك .
١٥- اجلس على مرحاض مطار للتبول ، استخدم ورق (التواليت) ، وشد (السيفون) بيدك .
١٦- خذ ما تريد شراءه من سوق عام بعد أن سلمت باليد على شخص في الطريق .
١٩- سلم باليد على شخص في الطريق .
٢٠- . . .

عن : (Kozak & Foa, 1997,p. 64f) .

النشاطات والمهام المطلوبة منه (Kozak & Foa, 1997,p. 59f) .

عينات من بنود قوائم التعرض :

يوضح جدول (٤٥) أمثلة لنماذج واقعية أوردها «كوزاك ، وفووا» (Kozak & Foa, 1997, pp. 64-69) ، وقد تم تقديم هذه البنود تبعاً للترتيب التقريبي لصعوبتها المتزايدة .

ويبين جدول (٤٦) قائمة تعرض أخرى . وتتطلب الحالات الشديدة استخدام محتوى مضايق أكثر مما ورد في جدول (٤٦) .

جدول (٤٦) : نماذج من بنود قائمة تعرض متصلة بالخوف من الضرر الصادر عن القوى فوق الطبيعية

الخوف من ضرر القوى فوق الطبيعية
١- فكر في الكلمات «حظ سيء» .
٢- انطق بصوت مرتفع كلمات «حظ سيء» .
٣- اكتب كلمات «حظ سيء» على ورقة .
٤- اكتب كلمات «حظ سيء» على ظهر يدك .
٥- فكر في الرقم (١٣) .
٦- انطق بصورة مرتفعة الرقم (١٣) .
٧- اكتب الرقم (١٣) على ورقة .
٨- اكتب الرقم (١٣) على ظهر يدك .
٩- . . .

عن : (Kozak & Foa, 1997, p. 65) .

دوام التعرض :

يعتقد أن دوام التعرض أمر مهم بالنسبة لنتائج العلاج ، فإن التعرض المستمر والممتد أفضل من المتقطع والقصير . ما طول الزمن المناسب؟ ليست هناك قاعدة صارمة وملزمة ، وتشير الملاحظات الإكلينيكية إلى أن التعرض يجب أن يستمر حتى يلاحظ المريض تناقصاً في الضيق أو الكرب الناتج عن الوسواس ، وفي الحقيقة فإن تناقص القلق (الاعتياد على المنبه المضايق) في أثناء جلسة التعرض حتى أكثر العناصر مضايقة ، فضلا عن التناقص في قمة القلق خلال الجلسات يرتبطان بالتحسن التالي لعلاج التعرض ومنع الاستجابة (الطقوس) .

وبينت الدراسات أن التعرض المستمر لمدة تستمر تسعين دقيقة تقريباً مطلوب لخفض القلق ولإنقاص الدفعة إلى القيام بالطقوس القهرية ، وتلك قاعدة مبنية على التجربة العملية ، ولكن التعرض يجب أن يستمر أحياناً أكثر من تسعين دقيقة إذا لم يشعر المريض ببعض الراحة في أثناء هذا الوقت ، أو ينتهي إذا حدث خفض كبير في الضيق أو الكرب الوسواسي في وقت أكثر تبكيراً .

التعرض التدريجي والمفاجيء :

المرضى الذين واجهوا المواقف المضايقة جداً منذ بداية العلاج حققوا المكاسب نفسها التى حققها المرضى الذين واجهوا أقل المواقف مضايقة قبل أن يواجهوا أكثرها مضايقة ، ومع ذلك فيبدو أن معظم المرضى أكثر اقتناعاً بالمنحى التدريجي . وحيث إن ترحيب المرضى وموافقتهم على الإذعان لإجراءات العلاج جانب حاسم جدا في نجاح التعرض ومنع الاستجابة ، فإن المواقف ذات الصعوبة البسيطة يواجهها المريض عادة فى البداية ، وتلى ذلك خطوات متعددة ذات صعوبة متوسطة ، قبل أن يتحقق التعرض لأكثر المواقف إثارة للضيق . ولكن من المهم ألا نؤخر مواقف التعرض الأكثر صعوبة حتى النهاية الأخيرة لجلسات العلاج ؛ لأن المريض لن يكون لديه وقت كاف حتى يعتاد على المواقف الأكثر إثارة للضيق (Kozak & Foa,1997,p. 23) .

تكرار جلسات التعرض :

التكرار المثالى لجلسات التعرض غير معروف ، ولكن برامج التعرض المكثفة التى حققت نتائج باهرة تتضمن جلسات يومية عادة ، ولكن تحققت نتائج جيدة أيضاً بوساطة جلسات موزعة Spaced على زمن أطول ، وقد تكفى الجلسات الأسبوعية للمرضى ذوى الأعراض الوسواسية القهرية البسيطة ، الذين يفهمون فعلا أهمية الواجب المنزلي homework المتعلق بالتعرض اليومي . ويشير الانطباع الإكلينيكى إلى أن المرضى الذين يعانون من أعراض شديدة أو يكشفون عن صعوبة فى الإذعان للواجب المنزلى الخاص بالتعرض أو منع الطقوس يستفيدون من برنامج أكثر تكثيفاً (جلسات يومية) .

التعرض بمساعدة المعالج مقابل التعرض الشخصى :

إن دور المعالج في التعرض ومنع الطقوس غير واضح ، وعلى الرغم من أن إحدى الدراسات قد وجدت أن التعرض لنموذج يقدمه المعالج لم يحسن كفاءة العلاج بوجه عام ، فإن المرضى فى هذه الدراسة كانوا يفضلون الاقتداء بنموذج Modeling . وفضلا عن ذلك تشير الخبرة الإكلينيكية إلى أن المرضى يبدو أنهم يرحبون أكثر بمواجهة المواقف المخيفة في حضور المعالج ، وقد وجد بعض المرضى الاقتداء بنموذج أمراً مساعداً .

لقد أدى تقويم حضور المعالج خلال التعرض إلى نتائج غير متسقة ، فبعض النتائج إيجابية والأخرى سلبية ، وعلى العكس من النتائج السلبية فقد اتضح أن حضور المعالج حسن كفاءة العلاج الذى تمثل في جلسة واحدة للتعرض مدتها ثلاث ساعات لمرضى يعانون من مخاوف مرضية معينة ، وذلك بالمقارنة إلى التعرض الشخصى الذى استمر المدة نفسها ، وحيث إن المخاوف المرضية المعينة - بوجه عام - أقل تعجيزاً وأسهل فى العلاج من اضطراب الوسواس القهرى فإننا يمكن أن نتوقع أن حضور المعالج يمكن أن يُحسِّن أيضاً من التعرض في اضطراب الوسواس القهرى ، ويحتاج تقويم ذلك إلى دراسة جيدة الضبط مع عينة ذات حجم كبير .

استخدام التعرض التخيلى :

إن إضافة التعرض التخيلى Imaginal لبرنامج يتضمن التعرض ومنع الاستجابة في الواقع الفعلى in vivo يبدو أنه يزيد من الاحتفاظ بمكاسب العلاج لدى مرضى اضطراب الوسواس القهرى .

لقد ظهر أن التعرض التخيلى - من الناحية الإكلينيكية - مفيد بالدرجة الأولى للمرضى الذين تتركز مخاوفهم الوسواسية على العواقب الكارثية ولمن لديهم مخاوف لا يسهل ترجمتها إلى تمرينات تعرض في البيئة الفعلية ، كما أن إضافة التعرض التخيلي للتعرض في الواقع الفعلى يمكن أن يتغلب على طرق التجنب المعرفي التى يستخدمها المرضى الذين يتهربون من التفكير في عواقب التعرض بينما يواجهون المواقف المخيفة فى الواقع الفعلى .

والخلاصة أنه على الرغم من أن التعرض التخيلى لا يبدو أنه أساسي بالنسبة للنتائج الناجحة للعلاج فإنه يمكن أن يزيد من المحافظة على التحسن على المدى الطويل ، كما يعد عادة مساعداً ومفيداً لتمرينات التعرض في الواقع الفعلى للمرضى الذين تتركز مخاوفهم على العواقب الكارثية .

ثانياً ـ منع الاستجابة :

تتضمن طريقة منع الاستجابة Response prevention إيقاف السلوك القهرى أو منعه فعلا بشكل واقعي عملى ، وذلك فى أثناء تعرض المريض للمواقف المضايقة المثيرة للوساوس ، ففى حالة «سالم» (انظر ص ٨٥) يمكن أن يتعرض بشكل متسق للأشياء والمواقف غير المؤذية ، والتى يفكر في أنها ملوثة ، كأنواع معينة من الطعام أو الكيماويات المستخدمة في المنزل ، وفى الوقت نفسه يقوم المعالج بمنع طقوس الاغتسال والمراجعة لدى المريض .

تنفيذ منع الطقوس :

في برنامج «ماير» العلاجى كانت هيئة المستشفى تمنع المريض من تنفيذ طقوسه (مثال ذلك أن يوقف مصدر الإمداد بالماء في غرفة المريض) ، وتبعاً لذلك فقد سميت هذه الإجراءات العلاجية بـ «منع الاستجابة» (ويسميها آخرون : منع الطقوس Ritual prevention (RP) ، ومع ذلك فإن التدخل «الجسدى» physical بوساطة الآخرين لمنع المرضى من ممارسة طقوسهم لا يعد أمراً نموذجياً أو يوصى به ، وبالإضافة إلى أن المنع الجسدى يعد أمراً استبداديا وغير مقبول فإن هناك اعتقاداً بأن الاعتماد على هذا الأسلوب يمكن أن يحد من إمكانية التعميم إلى مواقف تخرج عن نطاق العلاج فى حالة عدم وجود هيئة المستشفى لمنع هذه الطقوس .

وبدلاً من المنع الجسدى تقدم تعليمات وتشجيعا للمريض بأن يتوقف عن القيام بطقوسه ، وهذه إجراءات شائعة جداً في عملية تنفيذ منع المريض من القيام بطقوسه . ويحتاج المريض – حتى يصل إلى الحد الأقصى من التحسن – إلى التوقف الإرادي عن القيام بالطقوس بينما هو منشغل بتمرينات التعرض المبرمجة . ويتعين على المعالج أن يساعد في هذا العمل الصعب بأن يمد المريض بالعون والمساندة والتشجيع وتقديم اقتراحات عن كيفية التوقف عن تنفيذ الطقوس في مواقف معينة (Foa, *et al.*, 1998) .

ويعتمد العلاج المعاصر للمرضى الداخليين والخارجيين أساساً على اختيار المرضى ألا يقوموا بطقوسهم ، ومن ثم فإن منع الاستجابة يستلزم نوعاً من الامتناع Abstinence الاختيارى عن الطقوس الذي يميز برامج العلاج بالتعرض لاضطراب الوسواس القهرى للمرضى الخارجيين .

وحتى فى البرامج اليومية المكثفة التى تستغرق فيها الجلسات ساعتين يومياً فمازالت هناك ساعات كثيرة كل يوم ، يجب أن يمتنع المريض فيها إرادياً عن ممارسة الطقوس ، ومن ثم فمن الضرورى على المعالج أن يحث المرضى على الامتناع عن طقوسهم ، والسبب فى ذلك أنه على الرغم من أن التعرض يقلل من الضيق الوسواسي فإنه ليس فاعلاً كذلك

فى تقليل القهر ، وحتى نقلل الاندفاعات Urges إلى القيام بالطقوس فإن المريض يجب أن يحجم عن الطقوس .

وإن المراقبة الذاتية Self - monitoring لكل من الاندفاعات للقيام بالطقوس وخرق قواعد الامتناع يمكن أن يساعد المريض على أن يمنع نفسه من القيام بالطقوس . وبالإضافة إلى ذلك فإن صديقاً أو عضواً من أعضاء الأسرة مخصصاً لهذه المهمة يمكن أن يشجع المريض على مقاومة طقوسه ، بأن يقدم له ما يذكره بمنطق المقاومة Resistence وأهميتها .

لقد تمت البرهنة على أهمية الامتناع عن القيام بالطقوس القهرية ، ولكن الإجراءات اختلفت من دراسة إلى أخرى ، وتمتد من الاغتسال العادى دون إشراف إلى الامتناع الكامل عن الاغتسال لأيام عدة تحت الإشراف المستمر . ويبدو أن مستوى الإشراف لا يؤثر في نتيجة العلاج ، ولكن حزم القواعد ذاتها هو الذى يؤثر . ويميل المرضى إلى الإذعان أكثر للتعليمات الحازمة التى تحدد بدقة أن فعلا معيناً يُعدُّ سوياً أو «طقوسياً» ، عن الإذعان للتعليمات الغامضة التى تتطلب من المريض أن يقوم بأحكام دقيقة عما هو سوى أو طقوسى ، وكذلك التعليمات التى تسمح للمريض بالقيام بطقوسه بشكل جزئي .

ويمكن للمعالج أن يساعد المرضى على التمييز بين اقتحام الوساوس وتطفلها وبين الطقوس العقلية التى تهدف إلى تسكين الوساوس . وبمجرد أن تكون هذه التفرقة واضحة فى ذهن المريض فإنه يستطيع أن يمتنع عن الطقوس العقلية ، وهذه التفرقة مهمة لأن العلاج بالتعرض يتطلب الإثارة المتعمدة للوساوس مع التجنب المنظم للطقوس (Kozak & Foa, 1997, p.24f) .

تعليمات للمريض لمنع طقوس الغسل :

١- في أثناء فترة العلاج لا يسمح لك باستخدام الماء على جسمك : لا يسمح لك بغسيل يديك ، (لا شطف) ، ولا (فوط) أو ملابس مغسولة .

٢- استخدام الكريمات وغيرها من مواد التجميل والزينة (مسحوق الاستحمام ، مزيل العرق . . . إلخ) مسموح بها ما لم تجد أن استخدام هذه الأشياء يقلل من مشاعرك بالتلوث .

٣- احلق بماكينة حلاقة كهربية .

٤- استخدم الماء للشرب أو لتنظيف أسنانك ، ولكن احذر أن تستخدمه على وجهك أو يديك .

٥- أخذ (الدش) تحت إشراف مسموح به كل ثلاثة أيام ، المرة الواحدة لمدة عشر دقائق ، بما في ذلك غسل الشعر . الغسل (الطقوسي) المتكرر لمناطق معينة من الجسم (كالأعضاء التناسلية ، الشعر . . . إلخ) خلال (الدش) ممنوع . ويجب أن يكون (الدش) موقتاً timed عن طريق الشخص المساند لك support person ، ولكنه لا يحتاج إلى أن يراقبك بشكل مباشر .

٦- يكون استثناء هذه القواعد نتيجة لظروف غير عادية ، مثال ذلك : الحالات الطبية التى تتطلب التنظيف ، راجع ذلك مع المعالج .

٧- فى المنزل إذا حدثت لك دفعة اغتسال أو تنظيف بحيث تخشى ألا تستطيع مقاومتها ، تحدث مع الشخص المساند لك ، واطلب منه أن يظل معك حتى تتناقص الدفعة إلى مستوى يمكنك التحكم فيه .

٨- يجب أن يقدم الشخص المساند لك تقريراً إلى معالجك عما قمت به من انتهاك لمنع الاستجابة ، ويجب على هذا الشخص أن يحاول أن يوقف هذه التعديات عن طريق الإصرار اللفظى الحازم ، ولكن دون استخدام القوة البدنية أو الجدال . ومن الممكن أن تغلق صنابير الماء بوساطة الشخص المساند إذا أعطيت موافقتك سلفاً على مثل هذا الإجراء (Kozak & Foa , 1997, p. 178) .

تعليمات للمريض لمنع طقوس المراجعة :

١- عند البدء بالجلسة الأولى للتعرض ومنع الاستجابة لا يسمح لك بأن تنشغل بأى سلوك (طقوسي) .

٢- المراجعة «العادية» فقط هى المسموح بها (مراجعة واحدة لقفل الباب) .

٣- بالنسبة للبنود التى لا تراجع عادة (مثال ذلك الظروف الخالية التى يجب التخلص منها) تمنع كل مراجعة .

٤- قد تكون هناك استثناءات في الظروف غير العادية ، ولكنك يجب أن تراجع معالجك أولا .
٥- في المنزل ، إذا شعرت بدفعة إلى المراجعة ، وتخشى ألا تستطيع مقاومتها ، تحدث مع الشخص المساند ، واطلب منه أن يظل معك حتى تتناقص هذه الدفعة إلى مستوى يمكنك التحكم فيه .
٦- يجب أن يقدم الشخص المساند تقريراً لمعالجك عما قمت به من انتهاك لمنع الاستجابة ، ويجب على هذا الشخص المساند أن يحاول أن يوقف هذه التعديات ، ولكن دون استخدام القوة البدنية أو الجدال (Kozak & Foa, 1997, p. 179) .

وقد استخدم «لى بير» وصحبه (Bear, *et al.*,1988) برنامجاً على حاسوب محمول للمساعدة في العلاج السلوكى لحالة وسواس قهرى تتصف بطقوس مراجعة قهرية ، وقد سجلت الحالة تحسناً في الإذعان لطريقتى التعرض ومنع الاستجابة بعد استخدام الحاسوب .

تقويم التعرض ومنع الاستجابة :

تم استكشاف العلاجات السلوكية لاضطراب الوسواس القهرى في دراسات مضبوطة متعددة ، وكانت النتائج واعدة ، ولكنها لا تحقق الشفاء التام عادة . وقد استخدم فى علاج اضطراب الوسواس القهرى مجموعة مؤتلفة من الطرق الفنية الأساسية للعلاج السلوكي وهى : منع الاستجابة ، والتعرض أو الغمر ، والاقتداء بنموذج . وهذه الطرق الفنية الثلاث جميعاً مشجعة ومقنعة ، ولكنها لا تجبر المريض على تحمل المواقف المزعجة .

مثال ذلك أن هذه الطرق استخدمت لعلاج مريض لديه أفكار وسواسية تتلخص فى أنه يمكن أن يتلوث بالجراثيم ، ونتيجة لذلك فقد كان يقضى أربع ساعات في اليوم لغسل نفسه . وقد لاحظ أولاً أن المعالج يلوث نفسه بالقذارة (اقتداء بنموذج) ، ومن ثم شجعه المعالج على أن يدعك القذارة على جسمه كله (الغمر) ، ويتحملها دون غسلها (منع

الاستجابة) . وبعد مجموعة من الجلسات من تغطية نفسه بالقاذورات ، ومجرد الجلوس دون غسلها ، تناقصت أفكار التلوث ، ولم تعد تحدث طقوس الغسل في حياته اليومية .

وفى هذه الحالة فإن غمر المريض ومنعه من غسل القذارة شفت الفعل القهرى . وبالإضافة إلى تاريخ حالات كهذه أجريت ست دراسات مضبوطة لمنع الاستجابة والغمر والاقتداء بنموذج لدى مرضى الوسواس القهرى ، وكشفت هذه الدراسات تحسناً ملحوظا فى ثلثى حالات المرضى تقريباً . كما بين تتبع هذه الحالات مدة طويلة بلغت ست سنوات أن المرضى حافظوا على تحسنهم جميعاً فيماعدا ١٠٪ منهم .

والعلاجات السلوكية محددة ونوعية فى آثارها ، فقد تناقص كل من : الأفكار الوسواسية ، والطقوس القهرية ، والقلق ، ولكن لم يظهر أن كلاً من الاكتئاب ، والتوافق الجنسي ، والتناسق الأسرى قد استفادت بوضوح . ولكن هذه النتائج ليست نهائية مع ذلك ؛ لأن عدداً قليلا جداً من المرضى فقدوا تماماً الأعراض التى كانوا يشعرون بها ، أو أصبحوا يقومون بوظائفهم بطريقة جيدة فى كل مجالات الحياة عند تتبعهم . وفضلاً عن ذلك فإن عدداً تبلغ نسبته من ٢٠٪ إلى ٣٠٪ تقريباً أخفقوا تماماً في التحسن .

لماذا يصلح كل من الغمر ومنع الاستجابة والاقتداء بنموذج فى علاج الوسواس القهرى ، وما أهم عناصرهما الحساسة والمؤثرة ؟ لقد دلت التجارب العملية على أن الغمر ومنع الاستجابة يزيل استجابة التجنب ويجعلها تتلاشى بشكل ثابت ، فإذا تم منع فأر من القيام باستجابات التجنب التى اعتاد عليها ، وذلك بوضع حاجز يعترض طريقه إلى الأمان (منع الاستجابة) ، بينما يجلس الفأر ويستمع إلى إشارة تتنبأ بحدوث الصدمة (الغمر) ، فإن السلوك التجنبي يتلاشى . وفي المحاولات التالية ، حتى عندما يكون الفأر حراً ليهرب فإنه سيجلس ساكناً خلال الإشارة . ويقوم منع الاستجابة بتعريض الفأر بقوة إلى حقيقة أن الإشارة لم تعد تليها الصدمة ، ومن ثم فلا يتعين عليه أن يقوم بالاستجابة حتى يكون آمناً . وهذا ما أكدته تجارب «سيليجمان» عن العجز المتعلم Learned helplessness .

فلنعد مرة ثانية إلى الرجل الذى يغسل نفسه مدة أربع ساعات في اليوم ، إن لديه وسواساً بأن مرضاً مرعباً معينا يمكن أن يصيبه إذا لم يغسل جسمه ، فعندما يحثه المعالج على أن يواصل كونه قذراً دون غسل ، فإن أفكاره الوسواسية عن المرض تضعف ، وتختفى طقوسه القهرية الخاصة بالغسل . ما الذى تعلمه خلال الغمر ومنع الاستجابة؟

إن تغطية المريض لنفسه بالقذارة ، ثم عدم الغسل ، يلاشى خوفه من أن القذارة يمكن أن تؤدي إلى المرض . والمنبه الشرطى هو القذارة ، والمنبه غير الشرطى المتوقع هو المرض . إنه يتلقى تعرضا قويا للقذارة دون أن يصبح مريضاً ، ويحدث الانطفاء أو التلاشى التدريجي (البافلوفى) . وفضلاً عن ذلك فإنه يتعلم أن المرض لا يحدث على الرغم من أنه لم يغسل . وهذا إجراء إطفاء وسيلى Instrumental extinction للطقس القهرى للغسل . ومن ثم فإن الغمر ومنع الاستجابة يمكن أن يؤثرا لسببين :

١- أن نبين للمريض أن الحادث المفزع لم يحدث في الموقف المخيف (التلاشي أو الانطفاء على طريقة بافلوف) .
٢- أن نوضح للمريض بأنه لم يحدث حادث مفزع على الرغم من أن الطقوس القهرية لم تنفذ (التلاشي أو الانطفاء الوسيلى للقهر) (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 278f) .

فاعلية التعرض ومنع الاستجابة :

تعد نتائج التعرض ومنع الاستجابة لعلاج الوسواس القهرى واعدة إلى حد بعيد ، فقد نجحت في نسبة تتراوح بين ٦٠و٧٥٪ من كل الحالات (Kaplan & Sadock, 1991,p. 408) . كما بينت إحدى الدراسات أن طريقتى التعرض ومنع الاستجابة معاً نجم عنهما تحسن لدى نسبة تراوحت بين ٦٥٪ ، و٧٥٪ تقريباً من بين مائتى مريض باضطراب الوسواس القهرى . ويبدو أن العلاج السلوكى الذى يستخدم الإجراءات الفنية لطريقتى التعرض ومنع الاستجابة معا يؤدي إلى نتائج أفضل في علاج اضطراب الوسواس القهري من العقاقير المضادة للاكتئاب . ولكن يبقى أن نختبر إذا ما كان استخدام مزيج من

العقاقير والعلاج السلوكى أكثر فاعلية من كل من الطريقتين وحدهما . ومن الممكن كذلك الربط بين العلاج السلوكى والعلاج المعرفي (Nevid, *et al.*, 1997,p. 229) .

ومنذ نشر «ماير» تقاريره الأولى عام ١٩٦٦ عن فاعلية التعرض ومنع الاستجابة فقد بينت دراسات متعددة استخدمت عينات ضابطة أو لم تستخدم أن معظم المرضى الذين أكملوا طريقتى التعرض ومنع الاستجابة واصلوا التحسن عند تتبعهم بعد العلاج . وقد دل مسح لنتائج اثنتى عشرة دراسة (ن= ٣٣٠) أن من بين من أكملوا العلاج توجد نسبة ٨٣٪ استجابوا في الحال بعد العلاج . ووصلت هذه النسبة إلى ٧٦٪ فى عرض لست عشرة دراسة (ن=٣٧٦) ، كان متوسط تتبع الحالات فيها ٢٩ شهراً (Foa, *et al.*, 1998) .

وفي دراسة مهمة تم تتبع مجموعة من مرضى الوسواس القهرى مدة ثلاث سنوات ونصف سنة بعد علاجهم بطريقتى التعرض في مواقف الحياة الطبيعية ومنع الاستجابة . وحقق ٨٤٪ من المرضى بعد العلاج «تحسناً» أو «تحسناً كبيراً» ، ولم تحدث انتكاسات حتى هذه المدة (٣,٥ سنة) . ويشير ذلك إلى أن طريقتى التعرض في مواقف الحياة الطبيعية ومنع الاستجابة ناجحتان في علاج اضطراب الوسواس القهرى (Visser, *et al.*, 1992) .

وورد فى مرجع حديث (Steketee & Pigott, 1999,p. 3) أن من ٨٠٪ إلى ٩٠٪ ممن عولجوا بالعلاج السلوكى كشفوا عن تحسن ظاهر (ملحوظ) وأن ٧٥٪ برهنوا على تحسن طويل الأمد ، ولكن ٢٠٪ ينتكسون .

تأثير التعرض ومنع الاستجابة في تركيب الدماغ ووظائفه :

أجرى «لويس باكستر» وزملاؤه عام ١٩٩٢ دراسة مهمة ، حيث عالجوا عدداً من المرضى علاجاً سلوكياً معرفياً من المعروف أنه فاعل مع حالات اضطراب الوسواس القهرى ، وهو التعرض ومنع الاستجابة ، وقاموا بتصوير الدماغ قبل تلقى العلاج ثم بإعادة تصويره بعد انتهاء العلاج . وقد اكتشف «باكستر» وزملاؤه أن دائرة الدماغ Brain curcuit قد تغيرت ورجعت عادية نتيجة للعلاج النفسي . وهذه النتيجة

الرائدة ذات أهمية واضحة في مجال الأمراض النفسية ، وأدت إلى التساؤل : هل يغير العلاج النفسي من دوائر الدماغ ؟ إن الحاجة ماسة إلى كثير من الدراسات حتى يجاب عن هذا السؤال ، ولكن نتائج «باكستر» وصحبه تمثل أحد تيارات هذا الدليل الذي يؤكد التأثير القوى للعوامل النفسية والاجتماعية على تركيب الدماغ ووظائفه (Barlow & Durand,1995,p.59) .

كما قارن «باكستر» وصحبه عام ١٩٩٢ بين عقار «فلوكسيتين» (بروزاك) ومنع الاستجابة ، واتضح أن تحسن اضطراب الوسواس القهرى بكلا النوعين من العلاج يرتبط بالتغيرات ذاتها في وظائف الدماغ ، أى : خفض النشاط الأيضى في النواة المذنبة (ذات الذيل) Caudate nucleus ، والتى يرتبط نشاطها الزائد باضطراب الوسواس القهرى (Davison & Neale, 1996,p. 155) .

العلاج المعرفى

المنحى المعرفي مدخل مهم لفهم أسباب اضطراب الوسواس القهرى (انظر الفصل الثانى عشر) ، ومن المتوقع أن تنبع منه طريقة أو طرق علاجية معرفية محددة . ولكن العلاج المعرفي للوسواس القهري يواجه مشكلات عدة ، وتعد نتائجه متضاربة أو على الأقل ليست أفضل من الإجراءات السلوكية : التعرض ومنع الاستجابة .

ولكن «بول سالكوفسكس» (Salkovskis, 1989) وهو متخصص في المنحى المعرفي ، يوضح أن الاستراتيجيات المعرفية يمكن أن تستخدم بالاشتراك مع التعرض ومنع الاستجابة ، كما أن هناك مجالاً ضيقاً لاستخدام العلاج المعرفي منفصلاً عن التعرض . وتظهر الحاجة إلى إضافة الطرق المعرفية للعلاج السلوكي للمشكلات الوسواسية – في المقام الأول – من جراء الحدود أو التقييد الذى لا يتعداه العلاج السلوكي نتيجة للقبول الضعيف للعلاج وضعف معدلات الإذعان له . ومع ذلك فمن المشجع أن نلاحظ أن «إميلكامب» وصحبه قد تمكنوا من البرهنة على أن الإجراءات المعرفية فاعلة كعلاج التعرض سواء بسواء في محاولتين علاجيتين مضبوطتين ، ولو أن « كوزاك ، وفووا»

(Kozak & Foa, 1997, p. 26f) ينقدان هذه التجارب ، ويذكران أن هناك دليلاً كافياً على أن العلاج المعتمد على التعرض يعد علاجاً سلوكياً معرفياً ، وهو ما يسميان به طريقتهما التى نشرت في برنامج عملى ، ويضيفان أن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات للتأكد من أن إجراءات العلاج المعرفي المعروفة (كتعرف الأفكار التلقائية ومثيراتها ، والتحدى العقلاني للأفكار التلقائية) يمكن أن تضيف إضافة قوية إلى علاج اضطراب الوسواس القهري .

إن العمل في مجال العلاقة بين الأفكار السوية المقتحمة للعقل ، والسلوك الوسواسي ، والمزاج قد فتحت مجالاً مثيراً للتطور ، بما يشير إلى أن فهم أساس المشكلات الوسواسية يمكنْ أن يحسن فهم مدى آخر من المشكلات النفسية ، هذا فضلاً عن إمكانية فهم جوانب أوسع بكثير فى الوظائف المعرفية لدى الجمهور غير المريض .

العلاج السلوكى المعرفي

إن استخدام العلاج المعرفي وحده في مجال اضطراب الوسواس القهرى ليس شائعاً كثيراً ، ولكن الاستخدام الشائع للجوانب المعرفية يتم على شكل مناقشة المعالج للتفكير المختل وظيفيا والمعتقدات الخاطئة في جلسات التعرض بوصفه جزءاً من منطق العلاج بالتعرض ، وتسبق مناقشة المعتقدات الخاطئة وتصاحب التعرض ولا تتنافس معه (Foa, *et al.*, 1998) .

كما يستخدم العلاج المعرفي - مع السلوكي - كى يقدم المعالج للمريض نموذجاً للتعامل مع المشكلات بشكل أكثر فاعلية ، فإن تنظيم المفكرة (الأجندة) ، ووضع الأولويات ، والتركيز على موضوع واحد في وقت واحد هو مجال لتعليم المريض الوسواسي تنظيم حياته بشكل أكثر تكيفاً ، ويمكن استخدام كل من جداول النشاط Activity schedule ، والسجل اليومي للأفكار المسببة للاضطراب The Daily Record Dysfunctional Thoughts . (Freeman, Pretzer, Fleming, & Silman, 1990,pp.259. 264)

برنامج «كوزاك ، وفووا» السلوكى المعرفي

للسيطرة على اضطراب الوسواس القهري

وضع «كوزاك» وزميلته «فووا» (Kozak & Foa, 1997) برنامجاً علاجياً مفصلا يستخدم طريقتى التعرض ومنع الاستجابة موجها للمعالج ، وقد كتبا (Foa & Kozak, 1997) كتيباً موجهاً للمريض ، يذكران فيه أنه على الرغم من أن الأفكار الأساسية (التعرض والامتناع عن الطقوس) التى تكمن وراء برنامج العلاج ليست صعبة الفهم كثيراً ولكن من السهل عادة أن تنفذ البرنامج كما يجب أن تفكر فيه ، ويقدمان في الفصل السادس (ص ص٧٥-٨٠) بعض المبادئ العامة المهمة ، ومنها ما يلى :

تطوير الشجاعة لمواجهة المنبهات المخيفة :

أحد الأشياء التى يمكن أن تكون صعبة في هذا البرنامج أن يقوم المريض بتنفيذ تمرينات التعرض . وإذا وجدت أنك تشعر بعدم الترحيب بمحاولة القيام بواحد أو أكثر من التدريبات لأنك قلق بالنسبة له ، فإن أحد الأمور التى تجعلك تقوم به أن تذكر نفسك بالسبب وراء القيام بهذه التدريبات .

تذكر أنه لأمر أساسي بالنسبة لك أن تواجه المواقف المخيفة على الرغم من أنها مواقف مضايقة ، وإذا أردت أن تصل إلى الراحة والفرج عن طريق هذا البرنامج فيجب ببساطة أن تنفذ هذه التدريبات ، فإن التوقف عنها سيبطئ من تقدمك وتخلصك من هذه الأعراض الوسواسية القهرية ، وقد يوقف التقدم نهائياً .

ويقدم جدول (٤٧) سجلاً يطلب من المريض أن يسجل فيه أهم البيانات عن الطقوس القهرية .

وبعد شفاء المريض ، يقدم «كوزاك ، وفووا» توجيهات له بعد تحقيق الشفاء في كل من الاغتسال والمراجعة ، وهما النوعان الأساسيان للاضطراب .

توجيهات عامة لسلوك الاغتسال الطبيعي :

١- لا تزد على «دش» واحد في اليوم لمدة عشر دقائق .

٢- لا تزد على خمس مرات لغسل يدك يومياً ، كل مرة مدة ثلاثين ثانية .

٣- اقصر غسل يديك على الأحوال الآتية :

أ- قبل الأكل .

ب- بعد استخدام الحمام .

جـ- بعد الإمساك بأشياء دهنية أو الأشياء القذرة بشكل واضح .

٤- استمر في أن تعرض نفسك متعمداً وبشكل أسبوعي على أشياء أو مواقف كنت معتادا على أنها تسبب لك الاضطراب .

٥- إذا ظلت الموضوعات أو المواقف مسببة للضيق إلى حد ما عرض نفسك لها مرتين أسبوعياً .

٦- لا تتجنب المواقف التى تسبب لك بعض الضيق ، وإذا اكتشفت ميلاً لتجنب موقف ما ، اجعله هدفا للمواجهة المتعمدة على الأقل مرتين في الأسبوع (Kozak & Foa, 1997,p. 180) .

جدول (٤٧) : المراقبة الذاتية للطقوس

الطقوس التى يجب مراقبتها :
(١)
(٢)
(٣)
سجل في العمود الثاني الموقف أو الفكرة التى تثير فعلا (طقسا) قهريا ، اكتب فى العمود الثالث الفعل (الطقس) القهري ، واكتب في العمود الرابع عدد الدقائق التى قضيتها في تنفيذ الفعل القهري ، وسجل في العمود الأخير مستوى الضيق باستخدام مقياس (SUD) الذي يتكون من مدى يتراوح بين صفر ، و ١٠٠ .

تابع جدول (٤٧) :

الزمن	الموقف أو الفكرة التى تثير الفعل القهرى	الفعل القهرى	الدقائق	درجة الضيق من صفر- ١٠٠
٦-٧ صباحا				
٧-٨				
٨-٩				
٩-١٠				
١٠-١١				
١١-١٢				
١٢-١ بعد الظهر				
١-٢				
٢-٣				
٣-٤				
٤-٥				
٥-٦				
٦-٧				
٧-٨				
٨-٩				
٩-١٠				

توجيهات عامة لسلوك المراجعة الطبيعي :

١- لا تكرر أكثر من مرة واحدة أي مراجعة لموضوعات أو مواقف كنت معتاداً على أنها تثير لديك دفعة للمراجعة .

٢- لا تراجع ولو مرة واحدة المواقف التى نصحك معالجك بأنها لا تتطلب المراجعة .

٣- لا تتجنب المواقف التى تثير دفعة للمراجعة ، فإذا اكتشفت في نفسك ميلاً إلى التجنب واجه هذه المواقف متعمداً مرتين في الأسبوع ، وتدرب على التحكم في نفسك بالامتناع عن المراجعة .

٤- لا تتخل عن مسؤولية المراجعة للأصدقاء أو أفراد الأسرة حتى تتجنب المراجعة (Ibid, p.181) .

مقارنة بين طرق علاج الوسواس القهري

قدمت الطرق المعرفية السلوكية والنماذج الحيوية الطبية علاجات حسنت مآل مرضى الوسواس القهرى ، وحسنت من فرص تحسنهم ، إن التعرض ومنع الاستجابة يقللان الوساوس والقهر في أكثر من نصف حالات مرضى الوسواس القهرى ، ويبدو أن استفادتهم من هذا العلاج المعرفي السلوكي تدوم زمناً طويلاً . والكلوميبرامين يقلل الوساوس والقهر فى أكثر من نصف الحالات كذلك ، ولذلك فإن كلا العلاجين أكبر فاعلية بكثير من العقار الزائف Placebo .

ما العلاج الذى يفضل اختياره؟

إن الدلائل ليست مؤكدة بعد ، والحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات التى تقارن بشكل مباشر بين العلاج السلوكي والكلوميبرامين ، وكلاهما معاً مقارنة بالعقار الزائف ، باستخدام عدد كبير من الحالات ، مع تتبعهم على مدى طويل . ولكن الدليل المتوافر يشير إلى أفضلية العلاج السلوكى ، وذلك باستخدام محكين هما :

١- استفادة المريض في نهاية العلاج .

٢- مقدار الانتكاس عند توقف العلاج .

إلى أى مدي تحدث الفائدة للمرضى من العلاج بأى من العقار أو العلاج السلوكى؟ فى ملخص لست عشرة دراسة شملت أكثر من ثلاثمائة مريض بالوسواس القهرى عولجوا بالعلاج السلوكي ، حكم على ٨٣٪ بأنهم «تحسنوا» في نهاية العلاج ، و٧٦٪

مايزالون يتحسنون خلال فترة تتبع متوسطها عامان ونصف عام . وذلك بالمقارنة إلى متوسط تحسن يتراوح بين ٥٠٪ ، و٦٠٪ تحسن لمن عولجوا بعقار الكلوميبرامين ؛ ولذلك فإن هناك أفضلية ضئيلة في الاستجابة للعلاج لأولئك الذين عولجوا بالعلاج السلوكى .

على أن الدليل واضح جداً عما يحدث عند التوقف عن تعاطي الكلوميبرامين ، فتحدث انتكاسة شديدة ، مثال ذلك أن الكلوميبرامين أحدث - على الأقل - تحسناً معتدلا لدى ٥٥٪ من اثنين وعشرين مريضاً بالوسواس القهرى ، ومع ذلك فعند تتبع هؤلاء المرضى فإن كل الحالات الست التى أوقفت العقار انتكست ، وعلى العكس من ذلك فإن من عولجوا بالعلاج السلوكى لم يكشفوا عن انتكاس كثير لدى توقف العلاج .

وبوجه عام إذا نظرنا إلى مقدار كل من التحسن والانتكاس ، فيبدو أن العلاج السلوكى أفضل من الكلوميبرامين (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 280) .

ويشير مرجع أحدث (Steketee & Pigott, 1999, p.3) إلى أن من ٧٠٪ إلى ٩٠٪ ممن تلقوا علاجاً بالعقاقير فقط انتكسوا خلال بضعة أسابيع بعد التوقف عن استخدام العقار .

أهم مشكلات علاج الوسواس القهرى

ينجم عن علاج الوسواس القهرى بالعقاقير نتائج لا بأس بها ، كما أن لهذه الطريقة ميزة السهولة واليسر التى يتم بها تناول العقار (كأى دواء آخر) ، ولكن المشكلة هنا تكمن في جانبين هما : الآثار الجانبية للعقار ، وانتكاس حالة المريض بعد توقف تعاطيه للدواء . فأما العلاج السلوكى للوسواس القهرى فإن نتائجه أفضل من العقار ، ولكن المشكلة الأساسية فيه مقاومة المريض له ، وحيث إن هذا العلاج يعتمد - في المقام الأول - على «تعاون» المريض ، لذا فإن هذه المشكلة تهدم العلاج من أساسه ، وقد اتضح أن نسبة من المرضى تتراوح بين ٢٠و٣٠٪ مستمرة في مقاومة العلاج (Rasmussen & Eisen, 1989) .

إن رفض الدخول طلبا للعلاج والانسحاب من العلاج مشكلات واضحة لكل أنواع العلاج المستخدمة فى اضطراب الوسواس القهرى ، لأن مرضى الوسواس القهرى يميلون إلى المماطلة والتسويف ، والخوف من التغيير ، كما يقلقون بشدة من الآخرين الذين يتحكمون فيهم ، وكلها خصال يمكن أن نتوقع أن تولد مشكلات خاصة للطرق التى تجاهر بالتدخل في تصرفات المريض وأعراضه ، وتحاول تغييرها مثل العلاج السلوكى .

وأحياناً تكون السيطرة على الطقوس الوسواسية القهرية ممكنة فقط فى داخل المستشفى ، لقد قام «فيكتور ماير» Meyer - وهو خبير سلوكى رائد ومشهور في علاج الأفعال القهرية - بتكوين بيئة مضبوطة في مستشفى «ميدل سكس» في لندن ، وتلقى أفراد هيئة التمريض والعلاج فيها تدريباً خاصاً لتقييد فرص المريض وتضييقها للانشغال بالأفعال الطقوسية الوسواسية والقهرية .

ويتطلب تعميم العلاج من المستشفى إلى المنزل اشتراك أعضاء الأسرة ، ويكفي أن نقول : إن إعدادهم لهذا العمل ليس عملاً هيناً ، إذ يتطلب مهارات ورعاية فائقة فضلا عن معرفة بالطرق الفنية السلوكية التى يجب أن تستخدم (Davison & Neale, 1996,p. 154) .

موجز القول إنه تتاح الآن طرق متقدمة وناجحة إلى حد بعيد لعلاج اضطراب الوسواس القهرى ، وأهمها العقاقير والعلاج السلوكى المعرفي ، ولقد رأينا الآثار الجانبية للعقار فضلا عن عواقب التوقف عن تعاطيه ، يبقى إذن العلاج السلوكى المعرفي ، ولكنه فى أمس الحاجة إلى تعاون المريض وقوة إرادته ورغبته في الشفاء .

ملخص

تتاح طرق عدة لعلاج اضطراب الوسواس القهري ، أولها : العلاج بالعقاقير ، وتستجيب هذه الاضطرابات للعقاقير التي تكف إعادة امتصاص أو تمثل السيروتونين في المخ (وهو ناقل عصبي) ، ومن أشهرها «البروزاك» وهو مضاد للاكتئاب . ويفيد هذا العلاج نحو ٦٠٪ من المرضى ، ولكن يحدث الانتكاس عند التوقف عن تعاطي العقار ،

هذا فضلاً عن الآثار الجانبية المزعجة لبعض العقاقير .

وأما الجراحة النفسية وهي نوع خاص من جراحة المخ فهي أيضاً بديل متاح ، وبخاصة للحالات الشديدة من المرض . والإجراء الجراحي المستخدم حالياً يسمى الاستئصال الطوقي ، ويتلخص في تدمير مسافة تتراوح بين ٢ ، و٣ سم من المادة البيضاء في الطوق (منطقة في المخ قريبة من الجسم الجاسئ) . ولكن النتائج بعيدة عن أن تكون حاسمة ، ويجب النظر إلى التدخل الجراحي على أنه الملاذ الأخير .

وقد أثبت العلاج بالتحليل النفسي أنه غير فاعل في هذا المجال ، على العكس من العلاج السلوكي الذي يؤدي إلى نتائج أفضل بكثير ، ويعتمد على طرق فنية متعددة أهمها التعرض للمثيرات الوسواسية ، والمنع الحازم للطقوس القهرية ، وقد اتضح أن التعرض يقلل من الضيق الوسواسي ، أما منع الاستجابة فيقلل من الطقوس ، وأن الجمع بينهما ضروري . وقد تحتاج الحالات الشديدة إلى أن تقيم بالمستشفى فترة العلاج ، والنتائج واعدة إلى حد بعيد .

ويستخدم الآن العلاج المعرفي مع العلاج السلوكي في وحدة واحدة تتعامل مع مختلف جنبات الاضطراب ، وتتاح برامج سلوكية معرفية كثيرة منها برنامج «كوزاك ـ فووا» للسيطرة على اضطراب الوسواس القهري .

وهناك منحى يجمع بين العلاج السلوكي المعرفي والعقاقير . ولكن إذا كان لابد من التفضيل بينهما فإن العلاج الأول أفضل من العقاقير اعتماداً على معياري التحسن والانتكاس .

* * *

خاتمة

شعاع من الأمل قوى

عرضنا في الفصول السابقة لمختلف جوانب اضطراب الوسواس القهرى ، ولنتذكر حقيقة مهمة مفادها أن بعض الأعراض (أو السمات) الوسواسية والأفعال أو الطقوس القهرية قواسم مشتركة بين البشر كافة ، فالوسواس والقهر يوجدان لدى الجميع - بما فيهم الأسوياء - بدرجات متفاوتة بطبيعة الحال .

وكثيراً ما ينجح الإنسان في التعايش مع الدرجة المنخفضة من هذه الأعراض والسمات ، ولكن تزايد حدة هذه الأعراض أو شدتها ، وتأثيرها في حياة الإنسان المهنية والاجتماعية ، وإحداثها لضيق وكرب شديدين من جرائها يحتم التدخل العلاجي ، وطلب المشورة من المتخصصين المؤهلين . ولكن يتبادر إلى الذهن سؤال مهم : متى يمكن لأى منا أن يعالج نفسه من مثل هذه الأعراض؟ هذا ما نعرض له في الفقرة التالية .

العلاج الذاتي

من الممكن لبعض الأشخاص المصابين باضطراب الوسواس القهرى أن يعالجوا أنفسهم ، وبرهنت على ذلك دراسات حديثة أجريت فى مستشفى كبير في لندن ، فقد اتضح أن بعض المرضى الذين قاموا بعلاج أنفسهم أجروا علاجاً جيداً كالذين عالجهم المعالج سواء بسواء ، ولكن في مثل هذه الحالة فإن قياس الاضطراب وتحديد مستواه ، فضلاً عن النصيحة الأولية ، ورسم الخطة تأتى من المعالجين المؤهلين المتمرسين . هل يمكنك أن تقوم بالأمر كله بنفسك من البداية حتى النهاية ؟ إذا لم تكن المشكلة شديدة جداً ، وإذا لم تكن هناك تعقيدات أخرى فإن الأمر فعلاً غير مستحيل .

إن ما تحتاجه في هذا المجال هو التزام وتعهد بالعلاج المخطط ، ومدخل منظم للمسألة ، وإذا كنت مكتئباً بدرجة خطرة فإنك يجب ألا تحاول أن تفعل ذلك بنفسك ،

كما أنك إذا كنت معتاداً على تعاطى كمية كبيرة من الخمور أو العقاقير مثل البنزوديازيبينات فيجب ألا تحاول علاج نفسك دون استشارة طبيبك أولاً . كما أن طبيعة المشكلة مهمة كذلك ، فإن الطقوس الواضحة والظاهرة ، والسلوك التجنبى الواضح جيد التحديد من المحتمل أن تكون أكثر قابلية للعلاج الذاتي بالمقارنة إلى اجترار الأفكار المتواصل أو الطقوس العقلية المعقدة . إنك تحتاج إلى أن تقرر أن أعراضك وشكاواك هى ذلك النوع من المشكلات التى يمكنك أن تعالجها بنفسك(de Silva & Rachman, 1998,p. 116) . وعلى الرغم من إمكانية استخدام العلاج الذاتي فإن الحاجة ماسة إلى معالج متمرس يقوم – على الأقل في البداية – بقياس الأعراض وتقديرها ، ويقدم لك النصح والمشورة ، ويرشدك إلى خطة محددة . كما أن هناك وضعاً آخر يحتم العلاج الذاتي هو أن يكون المعالج الخبير غير متاح لك (انظر لتفصيل القول عن العلاج الذاتي : عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، الفصل التاسع) .

شعاع من الأمل

إن تشخيص اضطراب الوسواس القهرى أسهل بكثير من علاجه ، وعلى الرغم من مشكلات العلاج فإن نتائج الدراسات المتراكمة تشير إلى أن هناك قدراً معيناً من التفاؤل بالنسبة لسير المرض ، فمن الواضح أن الشفاء التلقائي Spontaneaous remission يحدث ، وأن كثيراً من المرضى يتحسنون بمرور الوقت (Jenike, 1983) . والشفاء التلقائي هو تحسن حالة المريض دون أى شكل من أشكال العلاج . وتتراوح معدلات الشفاء التلقائي تبعاً لدراسات كثيرة بين ٢٥٪ ، و ٧١٪ (Steketee & Pigott, 1999,p. 3) . وهذه معدلات تمنح مزيداً من الأمل .

ويجب أن تتذكر أن اضطراب الوسواس القهري حالة قابلة للعلاج ، وأن كثيراً من التقدم قد حدث في العقود الثلاثة الأخيرة في مساعدة الناس في التغلب على هذه المشكلات ، وقد تمت مساعدة كثير جداً من الناس الذين عانوا من هذا الاضطراب ، وأن هؤلاء الناس يمارسون الآن حياة سوية طبيعية . فبالمشورة الجيدة ، والعلاج المناسب ،

وجهدك الشخصى ، يمكنك أن تتغلب على اضطراب الوسواس القهرى (de Silva & Rachman, 1998,p. 122) .

ومن الأهمية بمكان في هذا المقام أن نؤكد ضرورة توافر سمات مهمة في شخصيتك ، كسمات التفاؤل والتصميم والإرادة والرغبة الحقة في التغيير ، هذا فضلا عن الدور المهم الذى يجب أن تقوم به الأسرة للتعجيل بالشفاء . وتذكر دوما قول الشاعر العربى (الطغرائي) :

أعلل النفس بالآمال أرقبها   ما أضيق العيش لولا فسحة الأمل

* * *

المراجع

ابن قدامة المقدسى (١٤٠٧هـ) . ذمّ الموسوسين . تحقيق : أبى الأشبال الزهيرى حسن بن أمين آل مندوه ، القاهرة : الفاروق الحديثة للطباعة والنشر ، ومكتبة التوعية الإسلامية .

أحمد عكاشة (١٩٧٦) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٢) . **استخبارات الشخصية** . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ط٢ .

أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٢) . **دليل تعليمات المقياس العربى للوسواس القهرى** . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

أحمد محمد عبد الخالق ، وبدر محمد الأنصارى (١٩٩٥) . التفاؤل والتشاؤم : دراسة عربية في الشخصية . **المؤتمر الدولى الثاني للإرشاد النفسي** . جامعة عين شمس ، ٢٥-٢٧ ديسمبر ١٩٩٥ ، المجلد الأول ، ص ص ١٣١-١٥٢ .

أحمد محمد عبد الخالق ، وسامر جميل رضوان (٢٠٠٢) . مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية . **دراسات نفسية** ، ١٢ (١) ، ٤٣ - ٦١ .

أحمد محمد عبد الخالق ، وعبد الغفار الدماطى (١٩٩٥) . الوسواس القهرى : دراسة على عينات سعودية . **دراسات نفسية** ، ٥(١) ، ١-١٧ .

أحمد محمد عبد الخالق ، ومايسة أحمد النيال (١٩٩٠) . الوساوس القهرية وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف والاكتئاب . **مجلة كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية** ، ٣٨ ، ٥٤٣-٥٧٥ .

أحمد محمد عبد الخالق ، ومايسة أحمد النيال (١٩٩٢«أ») . فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية . **دراسات نفسية** ، ٢(١) ، ٥٧-٧٤ .

أحمد محمد عبد الخالق ، ومايسة أحمد النيال (١٩٩٢«ب») . اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق والوساوس . **بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس فى مصر** . الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، ص ص٣٣-٤٩ .

السيد محمد عبد الغنى (١٩٩١) . الأبعاد الأساسية للشخصية : دراسة في النمو . رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية .
توفيق عبد المنعم توفيق (٢٠٠٠) . الوسواس القهرى : دراسة على عينات بحرينية . **مجلة علم النفس** ، العدد ٦٥ ، السنة ١٤ ، ص ص ٦٤ - ٧٧ .
ريبوبورت ، ج .ل . (١٩٨٩) . بيولوجيا الوساوس والأفعال القهرية . الكويت : **مجلة العلوم** ، ٦(١١) ، ٥٩-٦٧ .
روبرت سولسو (١٩٩٦) . **علم النفس المعرفي** . ترجمة : محمد نجيب الصبوة ، ومصطفى محمد كامل ، ومحمد الحسانين الدق . الكويت : شركة دار الفكر الحديث .
صفوت فرج (١٩٩٩) . العلاقة بين سمات الشخصية والوسواس القهرى . **دراسات نفسية** ، ٩ (٢) ، ١٩١-٢٢٤
عادل شكرى محمد كريم (١٩٩١) . نمط «أ» للشخصية وعلاقته ببعض المتغيرات : دراسة عاملية إكلينيكية . رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية .
عادل شكرى محمد كريم (١٩٩٨) . المكونات العاملية للتفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالوسواس القهرى : دراسة عاملية مقارنة . **مجلة الآداب والعلوم الإنسانية** ، جامعة المنيا ، ٢٧ ، ١١- ٧٨ .
عبد الرقيب أحمد البحيرى (١٩٨٤) . **قائمة مراجعة الأعراض SCL-90** . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) . **العلاج النفسي السلوكى المعرفي الحديث : أساليبه وميادين تطبيقه** . القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع .
عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) . **الاكتئاب : اضطراب العصر الحديث ، فهمه وعلاجه** . الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب : عالم المعرفة .
عويد سلطان المشعان ، وفريح عويد العنزى (١٩٩٦) . الاضطرابات النفسية لدى الأسرة

الكويتية بعد العدوان العراقي . دراسات نفسية ، ٦(٣) ، ٣٣١-٣٥٣ .
فريح عويد العنزى (١٩٩٧) . الوسواس القهرى لدى الأطفال الكويتيين . **دراسات نفسية** ، ٧(٢) ، ١٨١- ٢٢٤ .
كولز (١٩٩٢) . **المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكى** . ترجمة : عبد الغفار الدماطى ، وماجدة حامد ، وحسن على حسن ، مراجعة :أحمد عبد الخالق ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
لويس كامل مليكة (١٩٧٤) . **كراسة تعليمات اختبار الشخصية المتعدد الأوجه** . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
مجمع اللغة العربية (١٩٨٥) . المعجم الوسيط . القاهرة : مجمع اللغة العربية ، ج٢ .
محمد سامى محفوظ هنا (١٩٦٤) . **التفكير التجريدى لدى العصابيين القهريين : دراسة تجريبية نفسية** . القاهرة : دار النهضة العربية .
محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩١) . **الوسواس القهرى : تشخيصه وعلاجه** . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
مدحت عبد اللطيف (١٩٨٩) . نمط الشخصية القهرية لدى عينة من طلاب الجامعة : دراسة عامليـــــة . **مجلة علم النفس** ، ١٢ ، ٩٠-١٠١ .
مصطفى سويف (١٩٩٠) . **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب : دراسات ميدانية في الواقع المصري . المجلد الأول : مدخل تاريخي ومنهجي إلى الدراسات الوبائية** . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .
مصطفى سويف (١٩٩٦) . **المخدرات والمجتمع : نظرية تكاملية** . الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب : عالم المعرفة .
نجمة يوسف ناصر الخرافي (١٩٨٥) . دراسة في سيكولوجية عصاب الوسواس القهرى . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

Abdel-Khalek, A.M. (1998a). The development and validation of the Arabic Obsessive Compulsive Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 14,146-158.

Abdel-Khalek, A.M. (1998b). The structure and measurement of death obsession. *Personality & Individual Differences,* 24,159-165.

Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Arabic Obsessive Compulsive Scale. In J. Maltby, C. A. Lewis, & A. Hill (Eds.), *Commissioned reviews of 250 psychological tests.* Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press, Vol. 2, pp. 541-544.

Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Death Obsession Scale. In J. Maltby, C.A. Lewis, & A. Hill (Eds.), *Commissioned reviews of 250 psychological tests.* Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press, Vol. 2, pp. 563-565.

Abdel-Khalek, A.M. (2002). Death obsession in Egyptian samples: Differences among people with anxiety disorders, schizophrenia, addictions, and normals. *Death Studies*, 26, 413-424.

Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (1998). Reliability of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American students. *Psychological Reports*, 83, 1470.

Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (1999a). Obsession and compulsion in college students in the United States and Kuwait. *Psychological Reports*, 85, 799-800.

Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (1999b). Criterion-related validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American students. *Psychological Reports*, 85, 1111-1112.

Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2000). Obsession-compulsion, locus of control, depression, and hopelessness: A construct validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in American and Kuwaiti students. *Psychological Reports*, 86, 1187-1188.

Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2002). Can personality predict suicidality? A study in two cultures. *International Journal of Social Psychiatry*.

Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2002). Convergent and discriminant validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale for Kuwaiti and American college students. *Psychological Reports*, 90, 1261-1262.

Abdel Khalek, A.M. & Lester, D. (2002). Factorial validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in two cultures. *Psychological Reports*, 90, 869-870.

Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2002). Manic-depressiveness, obsessive-compulsive tendencies and suicidality in Kuwaiti college students. *Psychological Reports*, 90, 1007-1008.

Abdel-Khalek, A.M., Lester, D., & Barrett, P. (2002). The factorial structure of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American college students. *Personality & Individual Differences,* 33, 3-9.

Akhter, S., Wig, N.N., Varma, V.K. Pershad, D., & Varma, S.K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.

Alexander-Mott, L. (1994). Anorexia nervosa: Definition, diagnostic criteria, and associated psychological problems. In L. Alexander-Mott & D.B. Lumsden (Eds.), *Understanding eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 101-122.

Anthony, D.T., & Hollander, E. (1993). Sexual compulsions. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 139-150.

Antony, M.M., Downie, F., & Swinson, R.P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 3-32.

APA-American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.) DSM-IV. Washington, DC: Author.

Asberg, M., Montgomery, S.A., Perris, C., *et al.* (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supp. 271, 5-27.

Baer, L. (1991). *Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions*. New York: A Plume Book.

Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 18-23.

Baer, L., & Jenike, M.A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-812.

Baer, L., Minichiello, W.E., Jenike, M.A., & Holland, A. (1988). Use of a portable computer program to assist behavioral treatment in a case of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 19, 237-240.

Barlow, D.H., & Durand, V.M. (1995). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Pacific Grove: Brooks/Cole Pub. Comp.

Beech, H.R. (Ed.) (1974). *Obsessional states*. London: Methuen.

Berrios, G.E. (1989). Obsessive-compulsive disorder : Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 283-295.

Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M., & Sternberger, L.G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions and compulsions. *Behavior Research & Therapy*, 34, 163-173.

Campbell, R.J. (1996). *Psychiatric dictionary*. New York: Oxford University Press, 7th ed.

Carlson, J.G., & Hatfield, E. (1992). *Psychology of emotion*. New York: Harcourt Brace & Jovanovich.

Castle, D.J., Deale, A., & Marks, I.M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 114-117.

Comer, R.J. (1992). *Abnormal psychology*. New York: W.F. Freeman & Comp.

Cooper, J. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48-64.

Cooper, J., & Kelleher, M. (1973). The Leyton Obsessional Inventory: A principal components analysis on normal subjects. *Psychological Medicine*, 3, 204-208.

Cottraux, J., Bouvard, M. , Defayolle, M., & Messy, P. (1988). Validity and factorial structure study of the Compulsive Activity Checklist. *Behavior Therapy*, 19, 45-53.

Cottraux, J., & Gérard, D. (1998). Neuroimaging and neuroanatomical issues in obsessive-compulsive disorder: Toward an integrative model-perceived impulsivity. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 154-180.

Crammer, L. (1976). *Freedom from compulsion*. New York: Simon Schuster.

Dally, P. (1969). *Anorexia nervosa*. London: Heinemann.

Davison, G.C., & Neale, J.M. (1996). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley, 6th rev. ed.

DeCaria, C.M., & Hollander, E. (1993). Pathological gambling. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 151-177.

Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc., 3rd ed.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., *et al.* (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions. *Pharmacopsychiatry*, 7, 79-110.

de Silva, P. (1988). Obsessive-compulsive disorder. In E. Miller & P.J. Cooper (Eds.), *Adult abnormal psychology*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

de Silva, P., & Rachman, S. (1998). *Obsessive-compulsive disorder: The facts*. Oxford: Oxford University Press, 2nd ed.

El-Saadany, M.K.E. (1996). Epidemiological, biochemical, phenomenological study of obsessive compulsive disorder in Alexandria. M.D. Thesis (Unpublished), Faculty of Medicine, University of Alexandria, Egypt.

Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive compulsive disorder: Theory, research and practice*. New York: Plenum.

Emmelkamp, P.M.G. (1987). Obsessive-compulsive disorder. In. L. Michelson, & L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 310-331.

Emmelkamp, P.M.G. (1992). Obsessive-compulsive disorder: The contributions of an experimental-clinical approach. In A. Ehlers, W. Fiegenbaum, I. Florin, & J. Margraf (Eds.), *Perspectives and promises of clinical psychology*. New York: Plenum, pp. 149-156.

Enright, S.J., & Beech, A.R. (1993). Reduced cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 67-74.

Fallon, B.A., Rasmussen, S.A., & Liebowitz, M.R. (1993). Hypochondriasis. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 71-92.

Farid, B.T. (1986). Irritability and resistance in obsessional neurosis. *Psychopathology*, 91, 289-293.

Florin, I., & Fiegenbaum, W. (1992). Clinical psychology: Its successes and perspectives. In A. Ehlers, W. Fiegenbaum, I. Florin, & J. Margraf (Eds.), *Perspectives and promises of clinical psychology*. New York: Plenum, pp. 3-10.

Foa, E.B., Franklin, M.E., & Kozak, M.J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 258-276.

Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: Client workbook*. San Antonio: The Psychological Corporation; Therapy Works.

Foa, E.B., & Steketee, G.S. (1979). Obsessive-compulsives: Conceptual issues and treatment interventions. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press, Vol. 8, pp. 1-53.

Formea, G.M., & Burns, G.L. (1995). Relation between the syndromes of bulimia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology & behavioral assessment*, 17, 167-176.

Franzblau, S.H., Kanadanian, M., & Rettig, E. (1995). Critique of reductionistic models of obsessive compulsive disorder: Toward a new explanatory paradigm. *Social Science & Medicine*, 41, 99-112.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum.

Freeston, M.H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Self-report of obsessions and worry. *Behavior Research & Therapy*, 32, 29-36.

Freund, B., Steketee, G.S., & Foa, E.B. (1987). Compulsive Activity Checklist (CAC): Psychometric analysis with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 67-79.

Frost, R.O., Krause, M.S., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20, 116-132.

Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1989). *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Gibb, G.D., Bailey, J.R., Best, R. H., & Lambirth, T.T. (1983). The measurement of the obsessive-compulsive personality. *Educational and Psychological Measurement,* 43, 1233-1238.

Gibbs, N.A., & Oltmanns, T.F. (1995). The relation between compulsive personality traits and subtypes of compulsive behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 397-410.

Goldstein, W.N. (1985). Obsessive-compulsive behavior, DSM III and a psychodynamic classification of psychopathology. *Journal of Psychotherapy*, 39, 346-359.

Goodman, W.K., & Price, L.H. (1992). Assessment of severity and change in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 861-869.

Goodman, W.K., Price, L.H. , Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., *et al.* (1989 a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., *et al.* (1989 b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Greist, J.H., & Jefferson, J.W. (1995). *Obsessive-compulsive disorder casebook.* Washington, DC: American Psychiatric Press, rev. ed.

Haas, K. (1979). *Abnormal psychology*. New York: Van Nostrand.

Halgin, R.P., & Whitbourne, S.K. (1993). *Abnormal psychology: The human experience of psychological disorders*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Hartmann, L. (1995). Cats as possible obsessive-compulsive disorder and medication models. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1236.

Hermesh, H., Weizman, A., Shahar, A., & Munitz, H. (1988). Vitamin B-sub-1-sub-2 and folic acid serum levels in

obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 8-10.

Hesser, T.S. (1998). *Kissing doorknobs.* New York: Delacorte Press.

Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behavior Research & Therapy*, 10, 111-117.

Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research & Therapy*, 15, 389-395.

Hollander, E. (1993). Introduction. In. E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 1-16.

Hollander, E., Cohen, L.J., & Simeon, D. (1993). Body dismorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 359-364.

Hollander, E., & Phillips, K.A. (1993). Body image and experience disorders. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive- related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 17-48.

Ingram, I.M. (1961). The obsessional personality and obsessional illness. *American Journal of Psychiatry*, 117, 1016-1019.

Insel, T. R. (1982). Obsessive-compulsive disorder-Five clinical questions and a suggested approach. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 241-251.

Insel, T.R. (1985). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 105-117.

Insel, T.R., & Winslow, J.T. (1992). Neurobiology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 813-824.

Insel, T.R., *et al.* (1982). The sleep of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1372-1377.

Jenike, M.A. (1983). Obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 99-115.

Jenike, M.A., Rauch, S.L., Baer, L., & Rasmussen, S.A. (1998). Neurological treatment of obsessive-compulsive disorder. In M.A. Jenike, L. Baer, & W.E. Minichiello (Eds.),

Obsessive-compulsive disorders: Practical management. St. Louis: Mosby, 3rd ed., pp. 592-610.

Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry.* Baltimore: Williams & Wilkins, 6th ed.

Kaplan, H.I., Sadock, B., & Grebb, J.A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry.* Baltimore: Williams & Wilkins, 7th ed.

Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., & Burnam, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry,* 45, 1094-1099.

Kavoussi, R.J., & Coccaro, E.F. (1993). Impulsive personality disorders and disorders of impulse control. In E. Hollander (Ed.),*Obsessive-compulsive-related-disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 179-202.

Kaye, W.H., Weltzin, T., & Hsu, L.K.G. (1993a). Anorexia nervosa. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 49-70.

Kaye, W.H., Weltzin, T., & Hsu, L.K.G. (1993 b). Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviors. *Psychiatric Annals,* 23, 365-370.

Kennedy, S.H., & Garfinkel, P.E. (1992). Advances in diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry,* 37, 309-315.

Khanna, S., & Channabasavanna, S.M. (1987). Birth order in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research,* 21, 349-354.

Khanna, S., Kaliaperumal, V.G., & Channabasavanna, S.M. (1992). Exploration of obsessive compulsive phenomena: A preliminary investigation. *Psychopathology,* 25, 249-253.

Khanna, S., & Mukherjee, D. (1992). Checkers and washers: Valid subtypes of obsessive compulsive disorder. *Psychopathology*, 25, 283-288.

Kim, S.W., Dysken, M.W., & Katz, R. (1989). Rating scales for obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 74-79.

Kindler, S., Kaplan, Z., & Zohar, J. (1993). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. In. E. Hallander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 203-214.

Kisker, G.W. (1977). *The disorganized personality*. New York: McGraw-Hill.

Kolada, J.L., Bland, R.C., & Newman, S.C. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 24-35.

Kolb, L. (1970). *Noyes' modern clinical psychiatry*. New Delhi: Oxford, 7th ed.

Kozak, M., & Foa, E.B. (1994). Obsession, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research & Therapy*, 32, 343-353.

Kozak, M.J., & Foa, E.B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach; Therapist guide*. San Antonio: The Psychological Corporation, Therapy Works.

Kyrios, M., Bhar, S., & Wade, D. (1996). The assessment of obsessive-compulsive phenomena: Psychometric and normative data on the Padua Inventory from an Australian non-clinical student sample. *Behavior Research & Therapy*, 34, 85-95.

Landau, C. (1984). Obsessive-compulsive personality. In R.J. Corsini (Ed.), *Encyclopaedia of psychology*, New York: Wiley, Vol. I, p. 451.

Leckman, J.F. (1993). Tourette's syndrome. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 113-137.

Leigh, D., Pare, C., & Marks, J. (1977). *A concise encyclopaedia of psychiatry*. Lancaster: MTP Press.

Lester, D., & Abdel-Khalek, A.M. (1998). Suicidality and personality in American and Kuwaiti students. *International Journal of Social Psychiatry*, 44,280-283.

Lester, D., & Abdel-Khalek, A.M. (1999). Manic-depression, suicidality, and obsessive-compulsive tendencies. *Psychological Reports*, 85, 1100.

Lickey, M.E., & Gordon, B. (1983). *Drugs for mental illness: A revolution in psychiatry*. New York: Freeman.

Lucey, F.V., Dinan, T.G., & Clare, A.W. (1993). Biological and clinical aspects of obsessive-compulsive disorder. In K. Granville-Grossman (Ed.), *Recent advances in clinical psychiatry*. Edinburgh: Churchill Livingstone, Vol. 8, pp. 37-49.

March, J.S., & Leonard, H.L. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 367-394.

Marks, I.M. (1986). Epidemiology of anxiety. *Social Psychiatry*, 21, 167-171.

Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.

Mavissakalian, M., Hamann, M.S., & Jones, B. (1990). Correlates of DSM-III personality disorder in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 481-489.

Mawson, D., Marks, I.M., & Romm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive compulsive rituals: Two-year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry*, 140, 11-18.

Mayer-Gross, W., Slater, E., & Roth, M. (1960). *Clinical psychiatry*. London: Cassell.

McCarthy, P.R., & Foa, E.B. (1990). Obsessive compulsive disorder. In M.E. Thase, B.A. Edelstein, & M. Hersen

(Eds.), *Handbook of outpatient treatment of adults: Nonpsychotic mental disorders*. New York: Plenum Press, pp. 209-234.

Melville, J. (1977). *Phobias and obsessions*. London: George Allen & Unwin.

Miles, M. (1985). Emotional symptoms and physical health in bereaved parents. *Nursing Research,* 34, 76-81.

Montgomery, S.A. , Goodman, W.K., & Geoting (1990). *Obsessive-compulsive disorder*. Hampshire: Duphar Medical Relations.

Nemiah, J.C. (1977). Obsessive-compulsive neurosis. In B.B. Wolman (Ed.), *International encyclopaedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis, and neurology.* New York: Aesculapius Publishers Inc., pp. 115-118.

Nemiah, J.C., & Uhde, T.W. (1989). Obsessive-compulsive disorder. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry.* Baltimore: Williams & Wilkins, Vol. I, pp. 984-1000, 5th ed.

Nestadt, G., Samuels, J.F., Romanoski, A.J., Folstein, M.F., *et al.* (1994). Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psyhiatrica Scandinavica*, 89, 219-224.

Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (1997*). Abnormal psychology in a changing world.* New Jersey: Prentice Hall, 3rd ed.

Nigg, J.T., & Goldsmith, H.H. (1994). Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin,* 346-380.

Noshirvani, H.F., Kasvikis, Y., Marks, I.M., Tsakiris, F., & Monteiro, W.O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158, 260-263.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research & Therapy*, 35, 667-681.

Okasha, A., Saad, A., Khalil, A.H., Seif El Dawla, A., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transculture study. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 191-197.

Oltmanns, T.F., & Emery, R.E. (1995). *Abnormal psychology*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Otto, M.W. (1992). Normal and abnormal information processing: A neuropsychological perspective on obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 825-848.

Pollak, J. (1987a). Obsessive-compulsive personality: Theoretical and clinical perspectives and recent research findings. *Journal of Personality Disorders,* 1, 248-262.

Pollak, J. (1987b). Relationship of obsessive-compulsive personality to obsessive-compulsive disorder: A review of the literature. *Journal of Psychology*, 121, 137-148.

Pollard, C.A., Wiener, R.L., Merkel, W.T., & Enseley, C. (1990). Reexamination of the relationship between birth order and obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 23, 52-56.

Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research & Therapy*, 31, 149-154.

Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsession: Elaborations. *Behavior Research & Therapy*, 36, 385-401.

Rachman, S. J., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research & Therapy*, 16, 233-248.

Rachman, S., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice-Hall.

Rajabally, M.H. (1994). Florence Nightingale's personality: A psychoanalytic profile. *International Journal of Nursing Studies*, 31, 269-278.

Rapoport, J.L. (1989). *The boy who couldn't stop washing: The experience and treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: A Plume Book, New American Library, A division of Penguin Books.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J.L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.

Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.

Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1984). The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 450-457.

Rauch, S.L., & Jenike, M.A. (1993). Neurobiological models of obsessive compulsive-disorder. *Psychosomatics*, 34, 20-32.

Reiss, S., Peterson, R.A., Eron, L.D., & Reiss, M.M. (1972). *Abnormality: Experimental and clinical approaches.* New York: Macmillan.

Ricciardi, J.N., & McNally, R.J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 249-256.

Richter, M.A., Cos, B.J., & Direnfeld, D.M. (1994). A comparison of three assessment instruments for obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry,* 25, 143-147.

Riggs, D.S., & Foa, E.B. (1993). Obsessive compulsive disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual.* New York: The Guilford Press, 2nd ed., pp. 189-239.

Rosen, K.V., & Tallis, F. (1995). Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behavior Research & Therapy*, 33, 445-450.

Rosenberg, C.M.. (1967). Personality and obsessional neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 471.

Rosenfeld, R., Dar, R., Anderson, D., Kobak, K.A., & Greist, J.H. (1992). A computer-administered version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 4, 329-332.

Rosenhan, D.L., & Seligman, M.E.P. (1995). *Abnormal psychology*. New York: Norton, 3rd ed.

Salkovskis, P.M. (1989). Obsessions and compulsions. In J. Scott, J.M. Williams, & A.T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook.* London: Routledge, pp. 50-77.

Salkovskis, P.M., & Harrison, J.C. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behavior Research & Therapy*, 22, 549-552.

Salzman, L., & Thaler, F.H. (1981). Obsessive-compulsive disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 138, 286-296.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behavior Research & Therapy*, 26, 169-177.

Sanavio, E., & Vidotto, G. (1985). The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behavior Research & Therapy*, 23, 659-662.

Sarason, G., & Sarason, R. (1987). *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior.* New Jersey: Prentice-Hall.

Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1996). *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior.* New Jersey: Prentice-Hall, 8th ed.

Scarrabelotti, M.B., Duck, J.M., & Dickersòn, M.M. (1995). Individual differences in obsessive-compulsive behavior: The role of the Eysenkian dimensions and appraisals of responsibility. *Personality & Individual Differences*, 18, 413-421.

Schwartz, J.M., & Beyette, B. (1996). *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior: A four-step self treatment method to change your brain chemistry.* New York: Regan Books.

Seamon, J.G., & Kenrick, D.T. (1992). *Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall.

Senjo, M. (1989). Obsessive-compulsive disorder in people that abuse codeine. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 79, 619-620.

Shear, M.K., & Frosch, W.A. (1986). Obsessive-compulsive disorder. In A.M. Cooper, A.J. Frances, & M.H. Sacks (Eds.), *Psychiatry: Vol. I The personality disorders and neurosis.* New York: Basic Books, pp. 353-362.

Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B.W., & First, M.B. (1994). *DSM-IV casebook.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stein, D.J., & Hollander, E. (1992). Cognitive science and obsessive-compulsive disorder. In. D.J. Stein & J.E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorder.* New York: Academic Press, pp. 235-246.

Stekette, G., & Freund, B. (1993). Compulsive Activity Checklist (CAC): Further psychometric analyses and revision. *Behavioral Psychotherapy,* 21, 13-25.

Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Interview versus self-report. *Behavior Research & Therapy,* 34, 675-684.

Steketee, G.S., Gryson, J.B., & Foa, E.B. (1985). Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behavior Research & Therapy,* 23, 197-201.

Steketee, G., Pigott, T., & Schemmel, T. (1999). *Obsessive compulsive disorder: The latest assessment and treatment strategies.* Kansas City: Compact Clinicals.

Sternberger, L.G., & Burns, G.L. (1989). Compulsive Activity Checklist and the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: Psychometric properties of two measures of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy,* 21, 117-127.

Stone, M.H. (1993). *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment.* New York: W.W. Norton & Company.

Sturgis, T.E. (1993). Obsessive-compulsive-disorders. In P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of*

psychopathology. New York: Plenum, 2nd ed., pp. 129-144.

Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. Boston: Houghton Mifflin.

Swedo, S.E. (1993). Trichotillomania. In. E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 93-111.

Templer, D.I. (1972). The obsessive-compulsive neurosis: Review of research findings. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 375-383.

Templer, D.I., Spencer, D.A., & Hartlage, L.C. (1993). *Biosocial psychopathology: Epidemiological perspective*. New York: Springer.

Vandenberg, S.G., Singer, S.M., & Pauls, D.L. (1986). *The heredity of behavior disorders in adults and children*. New York: Plenum.


Visser, S., Hoekstra, J., & Emmelkamp, P.M.G. (1992). Long term follow-up study of obsessive-compulsive patients after exposure treatment. In A. Ehlers, W. Fiegenbaum, I. Florin, & J. Margraf (Eds.), *Perspectives and promises of clinical psychology*. New York: Plenum, pp. 157-170.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., *et al.* (1994). The cross-national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (3, Suppl.), 5-10.

Weissman, M.M., & Merikangas, K.R. (1986). The epidemiology of anxiety and panic disorders: An update. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 (6, Suppl.), 11-17.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

* * *



ادارة مطبعة الجامعة

ردمك : ١ ـ ٠٦٨ ـ ١ ـ ٩٩٩٠٦
رقم الإيداع : ٢٠٠٢/٠٠٠٣٨



Academic Publication Council

Kuwait University

Established in 1966

Faculty of Arts & Education Bulletin (1972-1979). Journal of the Social Sciences 1973. Kuwait Journal of Science and Engineering 1974. Journal od the Gulf and Arabian Peninsula Studies 1975. Authorship Translation and Publication Committee 1976. Journal of Law 1977. Annals of the Faculty of Arts 1980. Arab Journal for the Humanities 1981. The Educational Journal 1983. Journal of Sharia and Islamic Studies 1983. Medical Principles and Practices 1988. Arab Journal of Administrative Science 1991.